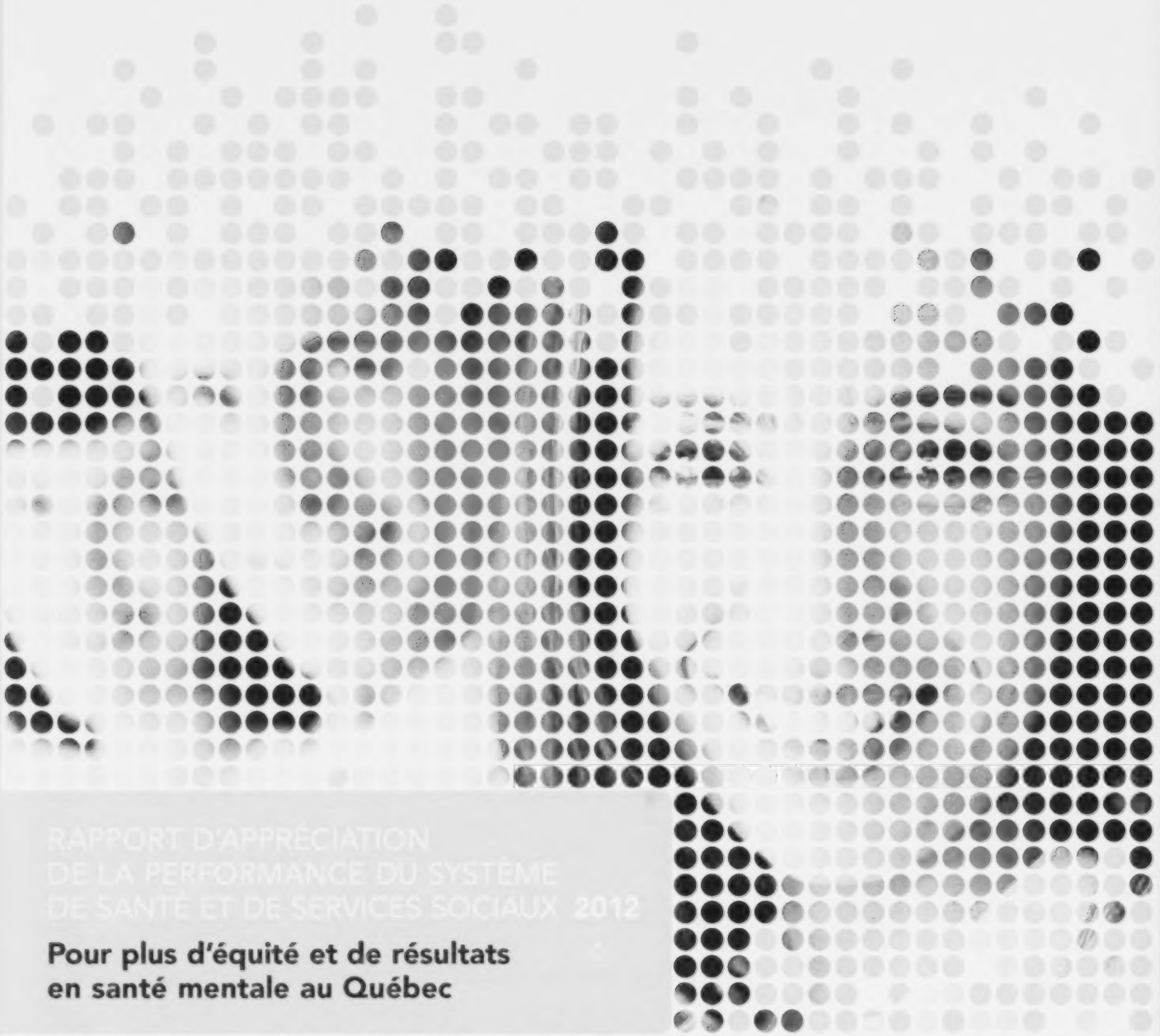


RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2012

Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec

Commissaire à la santé et au bien-être
Québec

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX **2012**

Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec

Commissaire à la santé et au bien-être
Québec

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être

Robert Salois

Direction du projet

Jacques Girard
Commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

Ghislaine Cleret de Langavant
Commissaire adjointe à l'éthique

Direction des communications et de la présidence

Anne Robitaille
Directrice générale

Coordination des travaux

Hélène Van Nieuwenhuyse

Rédaction

Hélène Van Nieuwenhuyse
Marie-Ève Dumas

Collaboration à la rédaction

Sophie Bélanger
Suzanne Bouchard
Charles Bergeron

Contribution à la recherche
et à la validation de données

Louise Delagrave
Daniel Labbé
Maxime Ouellet
Marie-Jeanne Disant
Marie-France Hallé

Gestion technique

Micheline Potvin

Graphisme

Concept de la couverture

Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie

Pouliot Guay graphistes

Édition

Anne-Marie Labbé
Marie-Alexandra Fortin

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2012

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66434-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-66435-2 (PDF)

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Les œuvres présentées dans ce document proviennent de deux organismes qui agissent auprès de personnes atteintes de troubles mentaux.

Vincent et moi

Vincent et moi est un programme d'accompagnement en soutien aux artistes atteints de maladie mentale mis sur pied en mai 2001 à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. *Vincent et moi* innove en mettant au premier plan la valeur artistique d'œuvres réalisées par des personnes qui, au-delà de la maladie, s'investissent dans un processus sérieux de création en arts visuels. La principale mission du programme est de faire connaître et reconnaître leur contribution artistique et culturelle, il favorise la diffusion de leurs œuvres ainsi que le développement de leurs pratiques artistiques.

Pour information :
www.institutsmq.qc.ca
vincentetmoi@ssss.gouv.qc.ca
418 663-5321, poste 6440

Les Impatients

Les Impatients ont pour mission de venir en aide aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale par le biais de l'expression artistique. Ils offrent gratuitement des ateliers de création aux personnes atteintes de maladie mentale. Les personnes peuvent s'inscrire à leurs différents ateliers sur référence d'un professionnel de la santé. Leurs ateliers sont principalement axés sur le dessin, la peinture et la musique. Ils sont encadrés par un artiste ou un thérapeute professionnel. Les Impatients disposent d'un espace galerie grâce auquel ils font connaître à un large public les œuvres produites dans leurs ateliers. À cela s'ajoutent d'autres activités de diffusion régulièrement mises de l'avant à l'extérieur de leur centre, telles que des expositions itinérantes, des publications, des lectures publiques et des concerts qui voyagent à travers le Québec. Les Impatients ont conservé l'ensemble des œuvres produites par leurs participants, ce qui constitue aujourd'hui une collection de plus de 12 000 œuvres.

Pour information :
www.impatients.ca
Lorraine B. Palardy, directrice générale
514 842-1043

REMERCIEMENTS

Nous sommes extrêmement reconnaissants envers les nombreux individus et organismes qui ont contribué aux travaux entourant la réalisation du présent rapport d'appréciation. Nous remercions notamment les participants au séminaire d'experts et au panel de décideurs, de même que les membres du Forum de consultation du Commissaire (annexes I, II, III). Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance envers les personnes qui ont été rencontrées à titre individuel ou institutionnel lors des consultations individuelles (annexe V).

Par ailleurs, nous réitérons notre gratitude aux usagers des services de santé mentale ainsi qu'aux familles de personnes atteintes de maladie mentale qui ont témoigné des expériences qu'ils ont vécues au sein du système de santé et de services sociaux. Nos remerciements s'adressent également aux représentants d'organismes de défense des droits en santé mentale qui ont été consultés et qui ont enrichi notre réflexion éthique en lien avec ce dossier (annexe IV).

Nous remercions également les membres du comité consultatif en santé mentale :

Denise Aubé (INSPQ)
Sylvain d'Auteuil (Les Porte-Voix du Rétablissement)
Pierre-André-Michel Beauséjour (Département de psychiatrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke)
Marie-Josée Fleury (Institut universitaire en santé mentale Douglas)
Hélène Fradet (FFAPAMM)
Guy Grenier (Institut universitaire en santé mentale Douglas)
Alain Lesage (Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine)
Raymond Tempier (Montfort Hospital)

De plus, nous désirons remercier les lecteurs externes du présent rapport :

Denise Aubé
Denis Audet (Unité de médecine familiale – Hôpital Saint-François d'Assise)
Sylvain d'Auteuil
Martin Drapeau (Educational and Counselling Psychology – Université McGill)
Marie-Josée Fleury
Hélène Fradet
Nathalie Gingras (Département de psychiatrie et de neurosciences – Université Laval)
France Laflamme (OIIQ)
Jean-Remy Provost (Revivre)
Eric Latimer (Institut universitaire en santé mentale Douglas)
Alain Lesage
Pierre-Paul Yale (Département de psychiatrie – CSSS Haut-Richelieu-Rouville)

Enfin, nous tenons à remercier plus particulièrement Pierre-Paul Yale et Denise Aubé, qui ont été consultés à plusieurs reprises et à différentes étapes du processus de la production de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations et des sigles _ 9

Mot du commissaire _ 1

Avant-propos _ 3

Introduction _ 5

Comment le commissaire a-t-il formulé ses recommandations? _ 15

Panorama de la santé mentale _ 19

La prévalence des troubles mentaux 19
Les déterminants des troubles mentaux 21
Enjeux sociaux et santé mentale 22
Impact économique des troubles mentaux 24
Défis liés aux peuples autochtones au regard de la santé mentale 25

Constats généraux issus des différentes consultations effectuées _ 29

Ce qu'on retient des délibérations des membres du Forum 31
Ce qu'on retient de la consultation des experts et des décideurs 34
Ce qu'on retient de la consultation des usagers et des familles 35
Ce qu'on retient des consultations individuelles auprès d'associations, de groupes et d'ordres professionnels 37

Quels enjeux éthiques ont guidé notre réflexion? _ 41

La complémentarité dans l'offre de soutien global 41
Un diagnostic à double tranchant 42
Responsabilités du système de santé et de services sociaux et des professionnels de la santé 43
Partage des responsabilités : la santé mentale, l'affaire de tous 44
La stigmatisation 46
Judiciarisation et criminalisation 48
Le défi du respect de l'autonomie et du libre-arbitre des personnes ayant un trouble mental 51
Dépasser les tensions apparentes entre « vouloir soigner » et « vouloir protéger les droits » 52

Comment améliorer la performance des soins et services en santé mentale? _ 55

1. METTRE À CONTRIBUTION LE RÉSEAU COMME UN LEVIER PRIVILÉGIÉ POUR ACCENTUER LA LUTTE À LA STIGMATISATION 56

La stigmatisation 56
La situation au Québec 62
Quelles sont les options à privilégier? 64

2. AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX EN CIBLANT PRIORITAIREMENT LES ENFANTS ET LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS 65

La promotion et la prévention en santé mentale 65
Quelle clientèle viser? 67
La situation au Québec 68
Quelles sont les options à privilégier? 71

3. CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE 73
L'organisation des services de première ligne en santé mentale 73
L'implantation inachevée des équipes de santé mentale et des guichets d'accès 75
L'isolement des médecins de famille dans leur pratique auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux 79
Les difficultés d'arrimage entre les différents prestataires de soins et services en santé mentale 85
L'accompagnement insuffisant des jeunes atteints de troubles mentaux 88
Le manque de reconnaissance de la complémentarité et de l'apport significatif des organismes communautaires 94
Quelles sont les options à privilégier? 99
4. DIVERSIFIER LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE EN GARANTISSANT UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE 101
Les constats relatifs à la psychothérapie 101
La situation au Québec 109
Quelles sont les options à privilégier? 112
5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE 114
L'importance du soutien dans la communauté et des services d'intégration sociale pour un réel rétablissement 114
Favoriser la mesure des avancées en santé mentale au Québec 126
Qu'en est-il de la mesure en santé mentale? 129
Discussion _ 135
Résumé des enjeux éthiques soulevés dans le cadre de ce rapport 135
Envergure du dossier sur la santé mentale 137
Les recommandations 138
Conclusion _ 143
Les cinq grandes recommandations du commissaire _ 145
Annexe I
Liste des participants au séminaire d'experts sur le secteur de la santé mentale (11 et 12 novembre 2010) 150
Annexe II
Liste des participants au panel de décideurs sur le secteur de la santé mentale (24 et 25 février 2011) 151
Annexe III
Liste des membres du Forum de consultation du Commissaire lors des délibérations portant sur le secteur de la santé mentale (septembre 2010, décembre 2010 et mars 2011) 153
Annexe IV
Liste des participants au groupe de discussion auprès de représentants d'organismes de défense des droits en santé mentale 154
Annexe V
Liste des participants aux consultations individuelles 155
Médiagraphie _ 157

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intégration en défense des droits en santé mentale du Québec
APA	American Psychological Association
APC	Association des psychiatres du Canada
AQPPEP	Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
BNQ	Bureau de normalisation du Québec
CCHST	Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
CCS	Conseil canadien de la santé
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CDSS	Commission des déterminants sociaux de la santé
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CRISE	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
FMM	Fondation des maladies mentales
GMF	Groupe de médecine de famille
GPEITSM	Groupe provincial d'experts en intégration au travail en santé mentale
GPS-SM	Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	*Individual placement and support* (programme de soutien à l'emploi)
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux

NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale
PNSP	Programme national de santé publique
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RÉFIPS	Réseau francophone international pour la promotion de la santé
RESCICQ	Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec
RLS	Réseau local de services
RQRS	Réseau québécois de recherche sur le suicide
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
VGQ	Vérificateur général du Québec
WONCA	World Organization of Family Doctors

MOT DU COMMISSAIRE

C'est avec fierté que je vous présente ce quatrième rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, qui porte sur le secteur de la santé mentale. Ce rapport marque le début de notre planification stratégique 2012-2017, alors que nous poursuivons nos efforts pour optimiser notre façon de faire en matière d'appréciation de la performance, tout en souhaitant être plus accessible par des rapports plus concis, mais tout aussi riches. C'est pourquoi ce rapport, complet en lui-même, s'accompagne de trois volumes complémentaires disponibles sur notre site Internet pour le lecteur qui veut en savoir davantage sur le sujet : www.csbe.gouv.qc.ca.

C'est maintenant une donnée connue : une personne sur cinq est susceptible d'être atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie. Derrière chacune de ces personnes, il y a une famille : des parents, un conjoint ou une conjointe, des enfants aussi, sans compter les amis et les collègues de travail. Le nombre de personnes touchées par cette problématique permet d'en mesurer l'ampleur, que ce soit pour les personnes atteintes elles-mêmes, pour leur entourage ou pour l'ensemble de la société. Personne n'est à l'abri d'avoir un jour ou l'autre un trouble mental. Les préjugés demeurent toutefois nombreux à l'égard des personnes qui en sont atteintes, que ce soit un événement isolé ou transitoire ou un trouble grave ayant un caractère plus permanent.

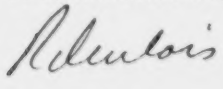
Au Québec, à l'instar de la plupart des pays industrialisés, les services offerts aux personnes ayant un trouble mental ont connu de grandes transformations. Beaucoup d'efforts ont été déployés pour améliorer les soins et viser le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale, de même que pour favoriser leur plus grande participation à la vie dans la société. Cela a été possible grâce aux avancées des connaissances, bien sûr, mais surtout grâce au dévouement constant et à l'engagement des familles et des organismes communautaires œuvrant en santé mentale, en plus de l'engagement indéfectible des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Plus que pour tout autre problème de santé, il nous apparaît clair que le réseau de la santé et des services sociaux ne peut à lui seul combler l'ensemble des besoins des personnes ayant un trouble mental et ceux de leur famille. En effet, au-delà des soins et services offerts par le réseau, une personne aux prises avec une maladie mentale présente des besoins relevant d'autres sphères de la vie. Plusieurs facteurs jouent un rôle déterminant dans son rétablissement : avoir ou non accès aux études, grâce à des moyens adaptés à sa condition; avoir ou non un emploi permettant de bien gagner sa vie et de se réaliser; disposer ou non d'un logement convenable; etc. La « performance » du système de santé et de services sociaux dans ce secteur est donc tributaire de l'action efficace de nombreux acteurs autres que ceux de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi nous nous devions d'interpeller ces acteurs en sollicitant des mécanismes de collaboration intersectorielle.

Bien au-delà des solutions faciles qui pourraient nous venir en tête à l'écoute des bulletins de nouvelles rapportant des situations dramatiques ayant comme trame de fond des problèmes de santé mentale, nous constatons que les solutions sont en réalité plus complexes à appliquer qu'il n'y paraît. En effet, si elles étaient simples, il y a longtemps qu'elles auraient été mises en place de façon systématique. Nous croyons toutefois que les solutions sont connues, éprouvées, et qu'il faut faire preuve de leadership pour assurer leur déploiement sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, une culture d'appréciation de la performance, basée sur une mesure des résultats concrets de santé et de bien-être pour les personnes atteintes et leur famille, doit se mettre en place.

Dans le cadre de la réalisation de ce rapport d'appréciation, nous avons voulu nous assurer de bien comprendre la réalité vécue par ces personnes ainsi que par leur entourage. C'est pourquoi nous avons rencontré et écouté des usagers des services en santé mentale, des familles, des représentants d'organismes communautaires, des cliniciens, des experts et des décideurs, en plus des membres de notre Forum de consultation. Toutes ces personnes ont exposé des difficultés rencontrées et nous ont éclairés sur des solutions possibles. Bref, plus de 250 personnes ont généreusement contribué à notre démarche, ce qui me permet de vous présenter ce rapport d'appréciation. Je les en remercie sincèrement, tout comme je veux publiquement remercier nos proches collaborateurs dans ce dossier, en particulier les précieux membres de notre Forum de consultation, ainsi que les membres de mon équipe. Sans leur engagement et leur passion, la production d'un tel rapport n'aurait pas été possible.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois

AVANT-PROPOS

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois. En utilisant le cadre d'appréciation de la performance qu'il a développé et constamment amélioré au fil des ans, le Commissaire veut enrichir la vision que le Québec entretient à propos des enjeux importants pour la santé et le bien-être. Son approche méthodologique lie les données scientifiques au vécu expérientiel des acteurs concernés, soumet diverses considérations à une réflexion éthique approfondie et explicite les valeurs en émergence à travers le Forum de consultation.

Le résultat de l'exercice d'appréciation de la performance dans le secteur de la santé mentale, auquel le Commissaire s'est livré, s'inscrit dans une série de rapports annuels thématiques depuis 2009. Le présent rapport propose 5 grandes recommandations, dont découlent 15 actions concrètes. La réflexion éthique sur la santé mentale est aussi bien présente, si l'on considère son rôle déterminant dans le thème ici étudié.

Ce rapport d'appréciation est accompagné de trois autres documents, tous disponibles sur le site Internet du Commissaire. Ils ont pavé la voie aux recommandations, en contribuant de manière spécifique à :

1. circonscrire où nous en sommes sur la santé mentale au Québec par un état de situation approfondi, autour d'une revue de littérature scientifique, et une première approximation sur la réponse du système de santé et de services sociaux dans ce secteur (*État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux* – document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier, à la demande du Commissaire);

2. recueillir et valider les pistes de solutions prioritaires émanant d'un vaste processus de consultation, qui a été mené avec des experts, des acteurs du réseau et le Forum de consultation, dont les conclusions ont été enrichies à la suite de rencontres avec des personnes ayant un trouble mental ainsi que des membres de leur entourage (*Rapport de consultation sur le secteur de la santé mentale – Points de vue des experts, des décideurs et des membres du Forum*);

3. regrouper les indicateurs de performance disponibles sur la santé mentale pour des fins utiles de comparaisons à l'échelle internationale, interprovinciale et interrégionale, avec les conclusions qui peuvent être tirées de l'établissement de balises (*Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*).

Denyse Toussaint • Titre: *Délire, n° 2* • 2007 • Collection: *Vincent et moi*

INTRODUCTION

Le contexte international

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale ne peut être dissociée de la santé en général et elle représente bien davantage que la seule absence de troubles mentaux. Dans son rapport de 2010, l'OMS estimait que 450 millions de personnes étaient atteintes de troubles mentaux dans l'ensemble des pays du monde. Ce chiffre ne serait toutefois que la pointe de l'iceberg. En effet, la stigmatisation associée aux troubles mentaux ainsi que le manque de services adéquats contribueraient à sous-estimer la prévalence de ces troubles dans une majorité de pays. Or, les changements rapides dans différentes sociétés, les conditions de travail parfois éprouvantes dans un contexte trop souvent marqué par la précarité, la discrimination à l'égard des femmes et les inégalités qui en découlent, l'exclusion sociale, les habitudes de vie malsaines, le climat d'insécurité généré par la violence familiale, criminelle, religieuse, économique ou politique, sans oublier la violation des droits, sont tous étroitement associés à cette évolution. De plus, les troubles mentaux se caractérisent encore trop souvent par l'absence de services diagnostiques, de traitement et d'accompagnement adéquats, et ce, dans plusieurs pays.

L'OMS insiste beaucoup sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, notamment dans l'élaboration des politiques publiques pouvant avoir un impact sur la santé des populations. À l'échelle des États, il est reconnu que les stratégies et les approches intersectorielles présentent « un bon rapport coût/efficacité pour promouvoir la santé mentale » (OMS, 2010b). Depuis 1992, la Journée mondiale de la santé mentale est célébrée annuellement le 10 octobre. Les thèmes retenus lors des trois dernières années illustrent des préoccupations de l'heure : l'investissement en santé mentale (2011), la santé mentale et les maladies chroniques (2010) ainsi que la santé mentale et la première ligne (2009). « La dépression, une crise mondiale » fut le thème choisi en 2012 pour cette journée :

> « La dépression touche plus de 350 millions de personnes, tous âges confondus, dans toutes les communautés, et contribue de manière importante au fardeau mondial de morbidité. Bien qu'il existe des traitements efficaces pour soigner la dépression, l'accès au traitement est un problème dans la plupart des pays et dans certains d'entre eux, moins de 10 % des personnes qui en ont besoin bénéficient d'un tel traitement. » (OMS, 2012a).

La santé mentale a connu depuis le siècle dernier une transformation importante dans les pays à revenus élevés. Cette transformation a coïncidé avec une prise de conscience nouvelle vis-à-vis du patient interné, certes, mais aussi avec la découverte de traitements efficaces et d'approches novatrices pour aborder la santé mentale dans son ensemble, notamment la possibilité de traiter les gens dans leur communauté. L'un des grands défis de notre époque demeure celui d'un réel accès à des soins dans la communauté. Ce n'est donc pas un hasard si un programme d'action a été lancé en 2008 par l'OMS pour combler ces lacunes,

programme qui a conduit récemment à l'élaboration d'un guide d'intervention à l'attention des personnels de santé, intitulé *Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP)*. Toujours en 2008, une publication donnait un nouvel essor pour intégrer la santé mentale aux services de première ligne et invitait la communauté internationale à se joindre à ce courant important, trente ans après la Conférence d'Alma-Ata, qui faisait des soins de santé primaires la pierre angulaire de tout système de santé pour répondre efficacement à la grande majorité des besoins de la population générale et non plus seulement de ses élites (OMS et WONCA, 2008).

En 2012, l'OMS lançait une consultation pour l'adoption prochaine du Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2020, dont le but serait de « promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux et de réduire la mortalité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux » (OMS, 2012b, p. 7). Voici les objectifs proposés :

1. Assurer une direction et une gouvernance plus efficaces de la santé mentale;
2. Offrir des services de soins de santé mentale et des services sociaux complets, intégrés et réactifs dans les établissements à base communautaire;
3. Appliquer les stratégies de promotion et de protection de la santé mentale, notamment les mesures de prévention des troubles mentaux et des suicides;
4. Renforcer les systèmes d'information, la base factuelle et la recherche dans le domaine de la santé mentale (OMS, 2012b).

Le contexte canadien

L'organisation et la prestation des services de santé relèvent essentiellement des administrations provinciales et territoriales. Toutefois, la contribution à une réflexion bien articulée autour de l'évolution des concepts et des approches sur la promotion de la santé, conduisant à une clarification importante des enjeux en santé mentale, s'est faite au Canada.

Avant même la création de l'agence de santé publique du Canada en 2004, Santé Canada avait publié, sur la base d'expériences diverses à l'échelle des provinces et des territoires et de consultations extensives sur la question de la santé mentale, un document d'importance : *La promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale*. Le but alors recherché était de « veiller à ce que ces personnes aient la force, le choix et le contrôle sur leur vie et leur santé mentale, et à ce que leur communauté ait la force et la capacité pour appuyer l'habilitation et la guérison » (Pape et Galipeault, 2002, p. 16). Ses fondements reposaient ainsi sur la tradition de la promotion de la santé, bien circonscrite par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé comme « le processus qui a pour but d'habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et, par conséquent, d'améliorer leur état de santé » (Pape et Galipeault, 2002, p. 5). De l'avis des experts en santé publique au pays, un jalon important avait été franchi, lorsqu'il fut reconnu que « la promotion de la santé mentale utilise des stratégies, qui encouragent le soutien de l'environnement et le ressort psychologique des personnes, tout en respectant l'équité, la justice sociale, les interrelations et la dignité humaine » (Pape et Galipeault, 2002, p. 5).

Plus récemment, un rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, publié en 2006, critiquait le statu quo : *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* (Kirby et Keon, 2006). Partant d'une analyse du visage humain de la maladie mentale, une vision est alors articulée autour de l'importance du rétablissement et de la levée des obstacles de nature juridique. Le rapport propose ainsi une transformation dans l'organisation et la prestation des services en santé mentale auprès de diverses cibles au sein de la population. Il appuie ces changements à travers la poursuite de programmes de recherche, l'utilisation des technologies de l'information (télésanté) et l'exercice d'un nouveau leadership dans les champs de compétence fédérale, notamment avec les peuples autochtones, sans que cela ne soit exclusif.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) fut créée en 2007 par le Parlement canadien dans la foulée de l'une des recommandations du rapport du Comité sénatorial, qui visait à formuler à moyen terme une stratégie nationale de santé mentale. La stratégie en santé mentale du Canada *Changer les orientations, changer des vies*, parue en avril 2012, représente l'aboutissement de plusieurs initiatives pancanadiennes et cristallise bien la convergence de nouveaux axes importants pour « faire sortir la maladie mentale de l'ombre vers la lumière », sous forme de recommandations d'actions (CSMC, 2012a). Pour l'essentiel, elles se regroupent de la manière suivante :

1. la promotion de la santé mentale sur le plan des cycles de vie;
2. l'accent mis sur le rétablissement et la défense des droits;
3. l'accès à une combinaison optimale de services, de traitements et de soutien;
4. la réduction des inégalités au sein de communautés vulnérables;
5. la reconnaissance du caractère distinct dans le travail auprès des communautés autochtones;
6. la mobilisation du leadership, l'amélioration des connaissances et la collaboration à tous les niveaux.

Le contexte québécois

L'histoire de l'organisation des services en santé mentale au Québec est grandement marquée d'abord par l'époque des grandes institutions asilaires, puis par un vaste mouvement de désinstitutionnalisation initié au début des années 1960. Ce mouvement découle en particulier des importantes avancées pharmacologiques, ainsi que d'un appel au secours des patients eux-mêmes. Les grandes orientations de ce rapport d'appréciation du Commissaire s'inscrivent dans le contexte de la révolution du champ des connaissances psychiatriques et de la révolution tranquille au Québec, qui ont entraîné des changements importants dans l'organisation du système de santé mentale. Le rapport Bédard, publié en 1962, proposait une cinquantaine de recommandations pour améliorer le système de santé mentale au

Québec (Bédard, Lazure et Roberts, 1962). La mise en œuvre de ces recommandations a contribué à amorcer le processus de désinstitutionnalisation, mais aussi à renforcer le volet thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques (Fleury et Grenier, 2004).

À compter des années 1960, le retour des personnes atteintes de troubles mentaux dans les communautés a soulevé la nécessité d'offrir des services de proximité, afin de soutenir l'intégration sociale des personnes. Alors que s'amorçait la désinstitutionnalisation, les psychiatres avaient d'ailleurs déjà constaté que certains usagers aux prises avec des troubles mentaux graves sortaient rapidement de l'hôpital après leur admission, pour y retourner peu de temps après. Ce phénomène, baptisé « syndrome de la porte tournante » (MSSS, 1997), serait encore présent aujourd'hui. Cependant, bien des mouvements de la société civile, notamment l'éclosion de nombreux organismes communautaires, ont participé à changer le regard sur la santé mentale au cours des cinquante dernières années, ce qui a contribué à transformer peu à peu l'organisation des soins offerts aux personnes présentant des troubles mentaux.

En 1989, la Politique de santé mentale, qui s'appuie sur une approche biopsychosociale de la santé mentale, est publiée. Cette politique propose cinq orientations : assurer la primauté de la personne, accroître la qualité des services, favoriser l'équité, rechercher des solutions dans le milieu de vie et consolider le partenariat (MSSS, 1989). Elle a donc favorisé la mise en place de solutions dans le milieu de vie des personnes ainsi que la concertation nécessaire entre les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et ceux des autres secteurs.

Si le plan d'action en santé mentale de 1998 du MSSS mettait l'accent sur les services à offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, la décennie suivante offrit une perspective nouvelle. En 2004, à la suite d'une restructuration majeure du système de soins, la mise en place des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux de services (RLS) avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus, notamment en utilisant de manière optimale l'ensemble des ressources du territoire, avec un ancrage important dans les services de première ligne (MSSS, 2012a). En effet, il est largement reconnu que les systèmes les plus performants reposent sur une première ligne forte. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (PASM 2005-2010) s'inscrit dans cette lignée, car il vise à offrir les services davantage en première ligne et met l'accent sur l'accès et la continuité des services auprès de toute personne atteinte d'un trouble mental. Pour ce faire, il veut augmenter l'offre de soins et services en première ligne et celle des services dans la communauté. Pour rehausser l'accès aux services, ce plan d'action vise le développement et la consolidation des services offerts. Il s'agit plus précisément de la mise en place d'équipes de santé mentale en CSSS et d'un guichet d'accès unique; de l'implantation de la fonction de psychiatre répondant ainsi que d'équipes de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable; du développement d'hébergement autonome avec soutien; de soutien à l'intégration au travail et aux études; de l'accessibilité des services de crise 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ce plan

d'action a aussi fait du pouvoir d'agir et du rétablissement[1] deux des principes directeurs devant guider l'organisation des soins et services en santé mentale. Il reconnaît la capacité d'agir des personnes atteintes de faire des choix et de participer activement aux décisions, notamment celles les concernant. Il réaffirme également la capacité des personnes atteintes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la société. Le PASM 2005-2010 prévoit aussi l'embauche de pairs aidants et cible leur participation dans environ le tiers des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, en privilégiant la participation des usagers et des familles dans les exercices de planification et d'organisation des services qui les touchent (MSSS, 2005).

Finalement, en 2009, le gouvernement du Québec adoptait la Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées, *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. Interpellant tous les secteurs de l'action gouvernementale, « elle s'inscrit dans l'ensemble des politiques et des stratégies visant à favoriser la pleine participation de tous et de toutes afin de construire une société plus inclusive, solidaire et plus équitable » (OPHQ, 2009, p. III).

Les perspectives structurantes du rapport

Pour l'élaboration de son rapport d'appréciation de la performance sur la santé mentale, le Commissaire à la santé et au bien-être s'est inspiré à la fois du modèle biopsychosocial ainsi que de celui des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui fournit une compréhension globale des déterminants de la santé mentale. Pour ce faire, il s'est inspiré du cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé de l'OMS pour mieux situer la santé mentale dans l'ensemble des enjeux qu'elle soulève au sein de la société québécoise. Par ailleurs, des valeurs fondamentales et certains principes ont rapidement guidé sa réflexion, dont le respect des droits de la personne, la participation des personnes atteintes à la détermination des soins et services offerts, la solidarité, l'équité et l'acceptation de la différence.

En psychiatrie, le modèle biopsychosocial d'Engel a beaucoup marqué les approches en santé mentale des 35 dernières années (Lalonde, Aubut et Grungerg, 1999), puisqu'il représente une manière d'intégrer différents courants de pensée. Grâce à la compréhension des diverses facettes des maladies mentales, il devenait clair que plus d'un paradigme opérait dans la transformation des pratiques thérapeutiques. Avec le progrès des neurosciences, de la génétique et de la biologie moléculaire, la pathologie mentale peut s'appuyer dans certaines situations sur une cause biologique. Quant au paradigme psychologique, il est présentement influencé par d'autres théories, notamment celles qui considèrent les comportements humains – normaux et pathologiques – comme acquis et pérennisés, en lien avec les processus d'apprentissage. La composante sociale, quant à elle, situe la personne en tant que membre d'une communauté, dont la genèse, l'expression et l'évolution du trouble mental ne peuvent être dissociées de l'environnement. Elle permet ainsi de mieux appréhender diverses expressions de la maladie mentale, même sur le plan interculturel.

1. Le MSSS définit le rétablissement de la manière suivante : « La perspective du rétablissement est souvent décrite comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie). [...] Le rétablissement nous invite à soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental en les aidant à réintégrer leur rôle en société, malgré l'existence chez elles de symptômes ou de handicaps, car c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent du pouvoir sur son environnement. » (MSSS, 2005, p. 15).

Pendant que les connaissances évoluent, l'intérêt de ce modèle réside dans le fait qu'il rejette le réductionnisme d'une cause linéaire ou unidimensionnelle pour s'appuyer sur une causalité circulaire et interactive, ce qui permet d'aborder de manière globale la complexité de la pathologie mentale.

De plus, le Commissaire à la santé et au bien-être a constaté le rôle sensible que les déterminants sociaux de la santé pouvaient jouer sur la santé mentale, motif pour lequel il a fait siennes les orientations du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (OMS et CDSS, 2008). Cette position n'implique surtout pas une inférence causale, mais bien une perspective pour structurer des actions convergentes en faveur de la santé et du bien-être.

> « Les déterminants sociaux de la santé sont des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique. » (OMS, 2011b, p. 1).

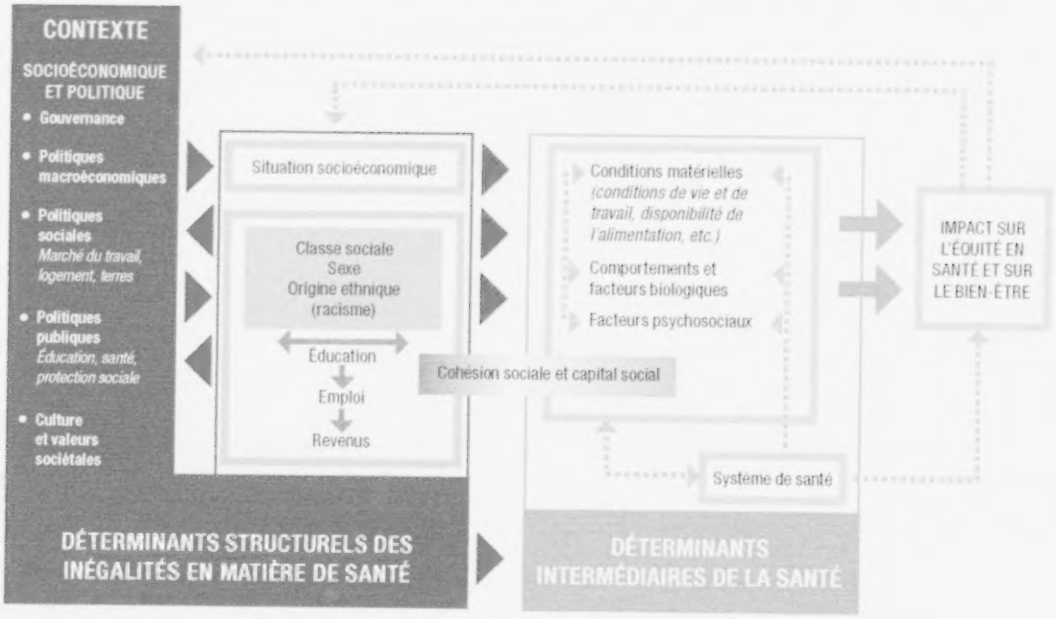
Depuis les travaux de l'OMS sur le sujet, une vision s'est cristallisée en faveur d'une plus grande intersectorialité vis-à-vis de la gouverne étatique, à travers la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (OMS, 2010a), dont le titre *Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être* invite à une mobilisation accrue des pouvoirs publics (OMS, 2010a).

> « La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux – local, régional, national et international. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique. Bien que de nombreux secteurs contribuent déjà à améliorer la santé, il existe encore d'importantes lacunes. » (OMS, 2010a, p. 1).

Le cadre de référence sur les déterminants sociaux de la santé, qui apparaît ci-après, a été développé par Irwin et Solar dès 2007 pour l'OMS, qui l'a récemment actualisé (OMS, 2011b). On y souligne l'importance de prendre en considération les déterminants dits structurels au sein de l'environnement social, qui génèrent des inégalités de santé, mais aussi ceux sur lesquels le système de santé intervient directement, soit les déterminants dits intermédiaires. Ce regard global sur les facteurs qui conditionnent l'émergence de problèmes de santé interpelle donc à la fois les systèmes de santé et les autres secteurs connexes à la santé. Il remet en perspective les poids relatifs des composantes sur lesquelles il nous faut intervenir, tout en s'inspirant des avancées du modèle biopsychosocial dans les pratiques du personnel de santé vis-à-vis spécifiquement de la santé mentale. Afin que les actions posées entraînent des retombées positives sur la santé et le bien-être, on stipule qu'elles devraient agir sur l'ensemble de tous ces déterminants de manière conjointe. Par ailleurs, les actions intersectorielles, pour être bien arrimées avec les services de santé mentale, nécessitent une forte cohésion sociale, voire un contrat social, tributaire d'une vision partagée, comme en

fait foi le cadre de l'OMS. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé devient particulièrement essentielle dans un secteur tel que la santé mentale, où les personnes atteintes présentent un haut niveau de vulnérabilité.

Figure 1
CADRE CONCEPTUEL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ



Source : Solar et Irwin, 2010, dans OMS, 2011b.

Objet du rapport

Ce rapport du Commissaire à la santé et au bien-être traite de la performance du système de santé et de services sociaux dans le secteur de la santé mentale. À l'instar de l'OMS, il définit la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté » (OMS, 2007). Quant aux troubles mentaux, le Commissaire a choisi de s'inscrire en cohérence avec un courant largement répandu au Québec, notamment avec la publication récente du guide explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi n° 21). Il a donc retenu la définition de l'OMS (2001b), à savoir qu'il s'agit d'affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur, du comportement associé à une détresse psychique ou une altération des fonctions mentales. Par ailleurs, plusieurs enjeux importants ont été portés à l'attention du Commissaire lors de l'élaboration

de ce rapport. Certains de ces enjeux se prêtent mieux à des actions précises à court terme, tout en ayant un impact systémique, alors que d'autres invitent à une réflexion à plus long terme, sans pour autant en diminuer l'importance.

Les sujets qui ont retenu l'attention du Commissaire sont ceux qui ont un impact sur la performance du système de santé et de services sociaux, en lien avec la santé mentale, et qui soulèvent des enjeux éthiques. Toutefois, certaines préoccupations importantes, identifiées lors des consultations et dans la documentation scientifique, ne figurent pas dans les recommandations du Commissaire. Des sujets, tels que la psychiatrie légale et le recours à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui[2] (loi P-38), n'ont pas été abordés dans les recommandations, car des rapports d'évaluation ou d'enquête, contenant chacun des recommandations, viennent tout juste d'être déposés par différents comités de travail ministériels. Le Commissaire a donc jugé qu'il était préférable de laisser au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le temps de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour corriger les lacunes déterminées dans ces rapports avant d'approfondir la question. La même logique a été appliquée au sujet de l'itinérance et des hébergements spécialisés, qui ont tous deux fait l'objet d'annonces importantes au printemps 2012[3].

Le présent document fait état de l'approche utilisée par le Commissaire dans la réalisation de ses travaux. Il présentera tout d'abord un panorama de l'état des connaissances scientifiques, de même qu'une revue des résultats issus des diverses consultations. Une section éthique suivra pour aborder les divers enjeux soulevés selon différentes perspectives. Par la suite seront présentées les 5 grandes recommandations et les 15 actions proposées par le Commissaire pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux dans le secteur de la santé mentale. La dernière section illustrera les liens entre les recommandations, tout en exposant leurs implications.

2. Pour la question de la loi P-38, le MSSS a publié en 2011 le *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (MSSS, 2011b). Cette même année, il a aussi publié le *Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel* (MSSS, 2011d).

3. En ce qui concerne l'itinérance, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait en mai 2012 des mesures pour améliorer les services aux «personnes itinérantes ou présentant des problèmes de santé mentale» à Montréal, soit une équipe de soutien en urgence psychosociale et deux équipes de suivi intensif dans le milieu. Enfin, deux unités d'hébergement de longue durée en santé mentale seront aménagées au Centre d'hébergement de Louvain du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, afin d'offrir à cette clientèle un milieu de soins plus adapté à leurs besoins (MSSS, 2012h).

José Bernard • Sans titre • Pastel sec sur papier • Collection : Les Impatients

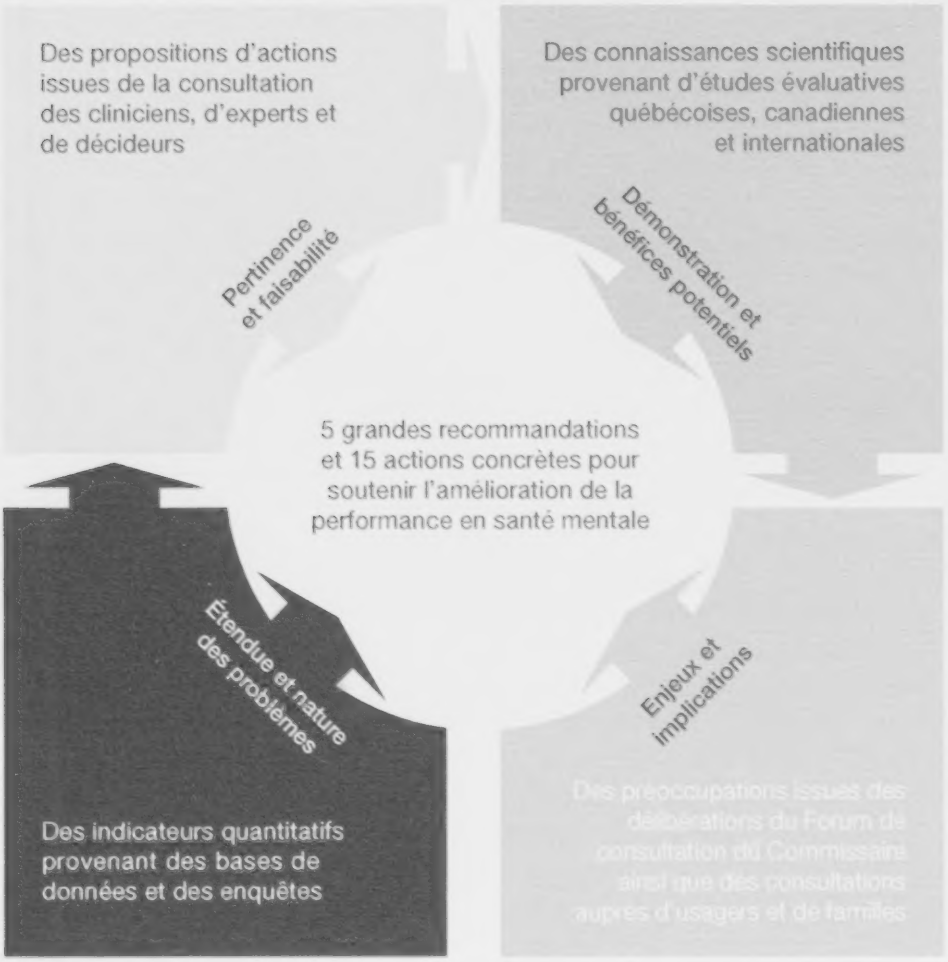
COMMENT LE COMMISSAIRE A-T-IL FORMULÉ SES RECOMMANDATIONS ?

Dans le but de répondre à son mandat d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être s'appuie sur une approche qui marie, d'une part, la recension de rapports scientifiques et d'études récentes, la documentation et l'analyse d'indicateurs de monitorage et d'enquêtes et, d'autre part, la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et des membres du Forum de consultation du Commissaire. Cette approche distinctive, qui inclut un volet important de consultation, repose sur la conviction que la littérature scientifique et l'analyse d'indicateurs ne sauraient être suffisantes à elles seules pour dresser un portrait de la performance du système ainsi que pour formuler des recommandations, puisque ces sources d'information ne reflètent pas toujours la complexité de la réalité telle qu'elle est vécue par les acteurs sur le terrain.

Les 5 grandes recommandations que le Commissaire a retenues pour améliorer la performance des soins et services dans le secteur de la santé mentale se déclinent en 15 actions concrètes. Elles reposent sur la prise en compte d'un nombre important de paramètres, de même que sur l'ensemble des informations recueillies. À cet effet, l'analyse des indicateurs traitant de la santé mentale et la revue de littérature sur le sujet ont fait ressortir tant la nature et l'étendue de l'offre de services en santé mentale que les lacunes en matière d'organisation et de dispensation des services dans ce domaine. La démarche de consultation du Commissaire, qui a mobilisé plus de 250 personnes sur une période de deux ans, a pour sa part permis de déterminer les besoins des différents acteurs interpellés par la santé mentale (usagers, citoyens, familles, cliniciens et gestionnaires). Elle a aussi servi à cibler les actions jugées nécessaires, faisables et socialement acceptables pour atteindre une meilleure performance.

L'ensemble de ces éléments a été analysé à la lumière d'un vaste corpus d'études scientifiques québécoises, canadiennes et internationales afin de documenter les bénéfices potentiels des actions proposées, tout en tenant compte du contexte particulier entourant le système de santé et de services sociaux québécois. Ce processus rigoureux a ainsi permis d'appuyer les recommandations du Commissaire par une appréciation intégrée de la performance visant à déterminer les propositions qui sont à la fois pertinentes, faisables, démontrées efficaces et répondant aux problèmes recensés, tout en tenant compte des enjeux et des implications émergeant de la perspective citoyenne (figure 2).

Figure 2
DES RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR L'INTÉGRATION DES CONNAISSANCES



Dalton Ritcher • Bas relief • Titre: *Nessos* • Mousse, plastique, carton • Collection: Les Impatients

PANORAMA DE LA SANTÉ MENTALE

Cette section du rapport d'appréciation s'appuie en grande partie sur un document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier : *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Ce document, réalisé à la demande du Commissaire, présente un état des connaissances sur la santé mentale, effectué à partir d'une recension des écrits dans ce secteur. Il est disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

Selon l'OMS, les troubles mentaux, plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans le monde (OMS, 2011a). Les troubles mentaux représenteraient déjà la première cause d'incapacité à l'échelle mondiale et, selon plusieurs enquêtes, au Québec comme ailleurs dans le monde, leur prévalence augmenterait (OMS, 2001b). Au Québec, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes effectuée en 2002 (ESCC 1.2), plus d'une personne sur cinq présentera au cours de sa vie un trouble mental (ISQ, 2010). Malgré que différents déterminants biologiques, environnementaux et comportementaux contribuent à rendre certaines personnes plus à risque, personne n'est à l'abri d'un trouble mental. Les impacts des troubles mentaux affectent les individus et leur famille et ont des répercussions sur l'ensemble de la société. Ils peuvent s'observer dans plusieurs aspects de la vie de la personne atteinte et de sa famille.

LA PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

Selon l'ESCC 1.2, 23 % des Québécois âgés de 15 ans et plus auraient souffert à un moment de leur vie d'au moins un des cinq troubles anxieux (trouble panique, phobie sociale, agoraphobie) ou de l'humeur (dépression, manie) documentés, tandis que la proportion est de 8 % au cours d'une période de douze mois (ISQ, 2010). Dans son premier rapport de surveillance des troubles mentaux, l'Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), estime, quant à elle, la prévalence des troubles mentaux diagnostiqués au Québec sur un an à 12 %[4] (INSPQ, 2012b).

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les troubles mentaux ayant la plus grande prévalence. Selon l'INSPQ (2012b), les troubles anxio-dépressifs représentent près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux et atteignent 8 % de la population. Le tableau 1 présente la prévalence de la dépression et des troubles anxieux sur 12 mois et à vie au

4. Cette estimation a été produite à partir du jumelage de trois fichiers administratifs de la RAMQ et du MSSS, alors que, dans les grandes enquêtes populationnelles (comme l'ESCC 1.2), la prévalence n'est pas tirée de l'utilisation des services, mais d'outils qui mesurent par des questions la « prévalence de diagnostics » (INSPQ, 2012b).

Québec et au Canada. La prévalence des troubles mentaux graves, quant à elle, est de 2 à 3 %, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, et elle est sensiblement la même sur 12 mois et à vie, étant donné l'aspect souvent chronique des troubles graves (Rouillon, 2008). Selon l'ESCC 1.2, 9,6 % des Canadiens ont recours à des services de santé mentale au cours d'une année (ISQ, 2010). Toutefois, seulement près de 40 % des Canadiens ayant rapporté des troubles mentaux ont déclaré recourir à des services de santé pour leur santé mentale (ICCSM, 2006).

Tableau 1

PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION ET DES TROUBLES ANXIEUX SUR 12 MOIS ET À VIE AU QUÉBEC ET AU CANADA

Prévalence (%)	Période de 12 mois		À vie	
	Québec	Canada	Québec	Canada
Dépression	4,8	4,5	14	10,8
Troubles anxieux	4,2	4,7	11	n/a

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1) (ISQ, 2010).

Une proportion importante de la population qui est affectée par un trouble mental présente aussi un deuxième et parfois un troisième trouble mental en comorbidité. Selon le Conseil du médicament (2011), plus de 50 % des enfants et adolescents atteints d'un trouble mental en Amérique du Nord ont d'autres troubles mentaux associés. La concomitance des troubles mentaux avec des problèmes de santé physique ou avec l'abus de substance est également préoccupante. Près de 60 % de la population atteinte par la dépression présenterait aussi d'autres maladies chroniques courantes, comme le diabète et l'hypertension (Schmitz et autres, 2007). La prévalence de la dépendance à l'alcool sur 12 mois serait de 5,9 %[5] lorsqu'il y a présence d'au moins un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, alors qu'elle serait de 1,5 % lorsqu'il y a absence de trouble (ISQ, 2010). Quant à la prévalence de la dépendance à des substances illicites, sur 12 mois, elle serait de 4,3 %[6] lorsqu'il y a présence d'au moins un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux et de 0,7 % lorsqu'il y a absence de trouble (ISQ, 2010).

La prévalence des troubles mentaux chez les jeunes mérite une attention particulière. L'ESCC 1.2 révèle qu'à mesure que l'on avance dans les tranches d'âge, tant pour les hommes que pour les femmes, la prévalence sur 12 mois diminue de manière évidente. En effet, sur une période de 12 mois, la prévalence d'au moins un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur chez les 15 à 24 ans est de 13,2 %, alors qu'elle est de 8,3 % chez les 25-64 ans et de 3,3 % chez les 65 ans et plus (ISQ, 2010). C'est donc tôt dans la vie que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux se manifestent pour la première fois. On fait le même constat pour les troubles graves : par exemple, la schizophrénie débute généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. En fait, selon l'OMS (2011c), dans la moitié des cas, les troubles mentaux commenceraient avant l'âge de 14 ans.

5. Coefficient de variation de 15 % à 25 % : à interpréter avec prudence.

6. Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les troubles courants seraient plus répandus chez les femmes, et ce, dans toutes les tranches d'âge, alors que la prévalence de la toxicomanie et des personnalités antisociales serait plus importante chez les hommes (ISQ, 2010). Finalement, au Québec, des études indiquent que la prévalence de la schizophrénie serait davantage élevée chez les hommes que chez les femmes (INSPQ, 2012b; Vanasse et autres, 2012).

LES DÉTERMINANTS DES TROUBLES MENTAUX

Il est généralement reconnu que les troubles mentaux ont une origine biopsychosociale, c'est-à-dire qu'ils relèvent à la fois de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent en interaction en regard des individus, des familles et des communautés. Tel que le mentionne la Fondation des maladies mentales (FMM), « ce modèle souligne l'interaction constante entre les aspects biologique, psychologique et social des maladies en rejetant la réduction de la maladie à un seul de ces aspects de l'être humain » (FMM, site Internet – 1).

Les principaux déterminants des troubles mentaux peuvent être divisés en facteurs de risque et en facteurs de protection (OMS, 2004b). Les facteurs de risque sont associés à une probabilité accrue d'apparition de troubles mentaux, à une plus grande sévérité de ceux-ci et au fait qu'ils vont perdurer sur une plus longue période (OMS, 2004b). Quant aux facteurs de protection, ils se rapportent aux conditions qui permettent d'améliorer la résistance des personnes aux facteurs de risque et de réduire les incidences négatives qui leur sont associées (OMS, 2004b). Les principaux facteurs de risque et de protection reconnus en santé mentale sont réunis dans le tableau suivant :

Tableau 2
PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DES TROUBLES MENTAUX

Facteurs de risque	Facteurs de protection
• Accès aux drogues, y compris le tabac, et à l'alcool • Déplacement des populations ou importantes crises sociétales • Isolement ou manque de soutien social et communautaire • Faible niveau d'éducation • Lacunes en matière de transport ou de logement • Manque de cohésion sociale • Pauvreté • Malnutrition • Abus et traumatismes subis durant l'enfance • Traumatismes psychologiques • Facteurs génétiques • Mauvaise santé physique ou handicaps • Insuffisance d'exercice physique • Discriminations raciales et stigmatisation • Violence et délinquance • Stress • Absence d'emploi ou mauvaises conditions d'emploi	• Estime de soi et résilience • Habilitation ou pouvoir d'agir (*empowerment*) • Quantité et qualité des interactions interpersonnelles • Participation et intégration sociale • Accessibilité et qualité des services publics, privés et communautaires • Qualité de vie

Sources : gouvernement du Canada, 2006; OMS, 2004b; FMM, site Internet – 1.

ENJEUX SOCIAUX ET SANTÉ MENTALE

La recension de la littérature permet de constater que plusieurs enjeux sociaux sont étroitement liés ou concomitants aux troubles mentaux. Tout d'abord, plusieurs études tendent à témoigner de la présence d'iniquités en matière de santé et de bien-être: les populations favorisées socialement et économiquement sont davantage susceptibles d'être en bonne santé mentale et physique que les populations défavorisées. Cela s'expliquerait par le fait que les inégalités sociales de santé résultent d'un double fardeau : « les personnes de faible niveau socioéconomique ont en général une exposition plus grande à des conditions de vie stressantes et moins de ressources protectrices » (INSPQ, 2008b, p. 1).

L'itinérance est aussi un enjeu social qui touche le domaine de la santé mentale. Selon une enquête effectuée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 1998-1999, près de 70 % des itinérants présenteraient au moins un trouble psychiatrique, si l'on inclut les troubles liés à l'usage des drogues et de l'alcool. Quant aux troubles graves, ils toucheraient environ 35 %

des itinérants de Montréal (ISQ, 2001). Dans certains cas, la présence de troubles mentaux peut mener une personne à l'itinérance et, dans d'autres cas, la situation d'itinérance peut contribuer à aggraver les troubles mentaux. Il est également probable que plus la période de vie passée dans la rue s'allonge, plus les risques de développer des troubles mentaux augmentent (Carrière, 2007).

La judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux est également préoccupante. Les recherches indiquent que les personnes ayant des troubles mentaux sont surreprésentées en milieu carcéral (Crocker et Côté, 2010). Une étude a pu établir que, de 2002 à 2007, sur un total de 671 prisonniers envoyés dans un centre de détention de courte durée, 61 % avaient reçu au moins un diagnostic de trouble mental (Lafortune, 2010). Il est toutefois à noter que cette situation pourrait traduire la difficulté d'accéder aux services de santé mentale dans un délai raisonnable (Fradet, 2009).

Les troubles mentaux sont aussi associés à une surmortalité. Des études ont démontré que l'espérance de vie était réduite de 15 années chez les personnes atteintes de schizophrénie. Selon l'INSPQ (2012b), bien que la dépression soit associée à 50 % des cas de suicide, celui-ci n'explique pas à lui seul la surmortalité associée aux troubles mentaux graves. Plusieurs facteurs sont en cause : habitudes de vie malsaines, effets secondaires néfastes des médicaments, discrimination et longs délais des interventions médicales ou chirurgicales vitales (Björkenstam et autres, 2012; Lawrence, Kisely et Pais, 2010). Les personnes atteintes de troubles mentaux ont d'ailleurs des risques plus élevés de développer des maladies physiques que la population générale. L'inverse est aussi vrai, car la probabilité d'être touché par un trouble mental courant est plus élevée chez les personnes atteintes d'une maladie physique. Dans le premier cas, cette morbidité s'explique principalement par l'action combinée de la maladie ou de son traitement (effets secondaires des médicaments), d'habitudes de vie néfastes pour la santé, de conditions de vie précaires et de problèmes d'accès à certains dispensateurs de soins (Simard, 2011; Imboua et Fleury, 2009).

La concomitance des troubles mentaux avec des problèmes d'abus de substance est également préoccupante. Selon l'ESSC 1.2, au Canada, les troubles de l'humeur et d'anxiété se trouveraient dans une proportion beaucoup plus importante chez les personnes aux prises avec un problème d'abus de substance que chez celles qui n'en ont pas. « Divers facteurs peuvent expliquer pourquoi les personnes ayant un trouble mental ont un risque élevé d'abuser de substances psychoactives. Chez certaines d'entre elles, la consommation d'alcool ou de drogues représente une forme d'automédication. [...] Malgré ces effets perçus comme positifs par l'utilisateur, l'usage de substances psychoactives contribue généralement à exacerber les symptômes des troubles mentaux. » (Fleury et Grenier, 2012, p. 31).

Plusieurs études ont permis d'observer une association étroite entre le suicide et les troubles mentaux. Ainsi, le risque de suicide serait 12 fois plus élevé chez les personnes ayant un trouble mental que chez celles qui n'en ont pas (Cavanagh et autres, 2003). Le suicide a aussi d'importantes répercussions sur la famille et les amis du suicidaire, puisqu'on estime qu'un suicide affecte profondément six membres de l'entourage et il arrive qu'un suicide en entraîne d'autres par la suite dans l'entourage de la personne décédée (gouvernement du Canada, 2006). Il est préoccupant d'observer que les hommes sont quatre fois plus nombreux que les femmes à se suicider (INSPQ, 2006), alors que les femmes sont plus nombreuses

à tenter de mettre fin à leurs jours (ISQ, 2008). Quant au taux de suicide, malgré que le Québec détienne toujours un des plus hauts taux de mortalité par suicide au Canada, dans les dernières années, l'écart par rapport à l'ensemble du Canada s'est grandement réduit. Au Québec, en 2009, le taux de mortalité par suicide était de 12,5 pour 100 000 habitants, alors qu'il était de 10,7 pour l'ensemble du Canada (CSBE, 2012a).

Par ailleurs, les troubles mentaux s'accompagnent souvent d'une stigmatisation importante, qui engendre l'isolement social, un sentiment de culpabilité, de honte et d'infériorité ainsi que la dissimulation de la maladie, tant par la personne atteinte que par les membres de son entourage. La stigmatisation et la discrimination seraient particulièrement présentes sur le marché du travail. À titre d'exemple, la proportion d'individus atteints d'un trouble mental grave, aptes à intégrer le marché du travail, mais n'occupant pas d'emploi rémunéré, serait de 90 %, alors que chez les personnes atteintes d'un handicap physique, elle serait de 50 % (Harnois et Gabriel, 2000).

Les familles s'impliquent généralement activement dans les soins et le suivi quotidien de leur proche atteint d'un trouble mental, que ce soit pour le soutien au logement, la poursuite d'activités quotidiennes ou sur le plan financier. Cette aide représenterait toutefois un fardeau important pour de nombreuses familles. Selon une étude menée en collaboration avec la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) en 2001-2002 – qui portait sur le point de vue des familles quant à la reconfiguration des services de santé mentale dans le contexte du soutien familial –, la détresse émotionnelle des familles de personnes atteintes de maladie mentale serait trois fois plus élevée que celle de la population générale. Selon cette même étude, 55 % des personnes atteintes demeureraient dans leur famille et 62 % des membres de l'entourage consacreraient plus de 25 heures par semaine à leur proche. Plusieurs familles auraient aussi des soucis financiers en raison des dépenses reliées aux soins de la personne atteinte. Malgré la volonté maintes fois répétée du gouvernement du Québec de mieux les soutenir, il existerait peu de mesures de soutien offertes aux familles dont l'un des membres est atteint d'un trouble mental (Boily, St-Onge et Toutant, 2006). De plus, les études internationales signalent que les familles sont souvent exclues de la planification des soins et sont même souvent blâmées comme responsables des troubles mentaux de leur proche. Il est pourtant démontré que la participation des familles dans les soins de santé mentale permet de réduire les complications liées aux troubles mentaux, tout en leur permettant de mieux préserver leur propre santé mentale ou physique (Kaas, Lee et Peitzman, 2003).

IMPACT ÉCONOMIQUE DES TROUBLES MENTAUX

L'impact économique des troubles mentaux est important. Une étude récente réalisée dans le cadre des travaux entourant la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies*[7], a conclu que les coûts liés aux troubles mentaux atteindraient 48,5 milliards de dollars par année (CSMC, 2012a). Notons d'abord les coûts directs associés au traitement des troubles mentaux, aux soins hospitaliers, aux soins en

7. Lancée au printemps 2012 par la CSMC, *Changer les orientations, changer des vies* est la toute première stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

établissement, aux soins médicaux et aux médicaments d'ordonnance. Les coûts indirects comprennent les journées de maladie à court terme, l'invalidité de courte durée et les décès prématurés. Par exemple, dans le milieu du travail, la prévalence des troubles mentaux augmente depuis le début des années 1990, ce qui entraîne des coûts importants en matière de perte de productivité. La majorité des individus qui s'absentent du travail pour des raisons de santé mentale auraient des troubles courants, qui peuvent être regroupés en trois catégories : les troubles d'adaptation, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. S'ils représentent environ 33 % des causes d'invalidité, les troubles mentaux comptent toutefois pour 70 % du coût des prestations versées par les compagnies d'assurances canadiennes pour invalidité au travail (Sroujian, 2003).

Au total, les coûts dépasseraient le cap des 50 milliards de dollars par année, si l'on incluait les dépenses occasionnées aux systèmes de justice et d'éducation, notamment (CSMC, 2012a). Par contre, « jusqu'à maintenant, aucune étude n'a réussi à évaluer les dépenses totales occasionnées par la maladie mentale dans les systèmes de justice et d'éducation, non plus que les coûts assumés par les proches aidants ou par les personnes qui ont une mauvaise santé mentale, mais qui n'ont pas subi les symptômes de la maladie » (CSMC, 2012a, p. 103).

DÉFIS LIÉS AUX PEUPLES AUTOCHTONES AU REGARD DE LA SANTÉ MENTALE

Cette section du rapport d'appréciation, rédigée par Dre Lucie Nadeau, de l'Université McGill, est un extrait tiré du document *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Ce document, réalisé à la demande du Commissaire, présente un état des connaissances sur la santé mentale, effectué à partir d'une recension des écrits dans ce secteur. Il est disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

Au niveau communautaire, il peut être question de vulnérabilité sociale, voire d'exclusion. La situation des peuples autochtones est un exemple qui devrait nous interpeller en tant que société. À l'heure actuelle, il existe peu de données de recherche pour statuer sur la prévalence des troubles de santé mentale au sein des communautés autochtones. Les méthodologies de recherche n'ont d'ailleurs pas toujours suffisamment tenu compte des enjeux culturels (entre autre dans l'expression de la symptomatologie) et contextuels (Reading, 2009). Peu de recherches ont recueilli des données populationnelles. Les données sont insuffisantes, tant en ce qui concerne les adultes que les enfants. Par ailleurs, la prudence est de mise avant de faire un amalgame des différents groupes autochtones et avant de conclure à une prévalence qui serait considérée comme stable dans le temps : la prévalence diffère d'une communauté autochtone à l'autre (Chandler et Lalonde, 2008), et l'interrelation entre les problèmes sociaux et les maladies mentales fait en sorte qu'un changement de contexte est susceptible d'entraîner un changement dans la prévalence d'un trouble de santé mentale. Les enjeux peuvent aussi être différents entre les autochtones

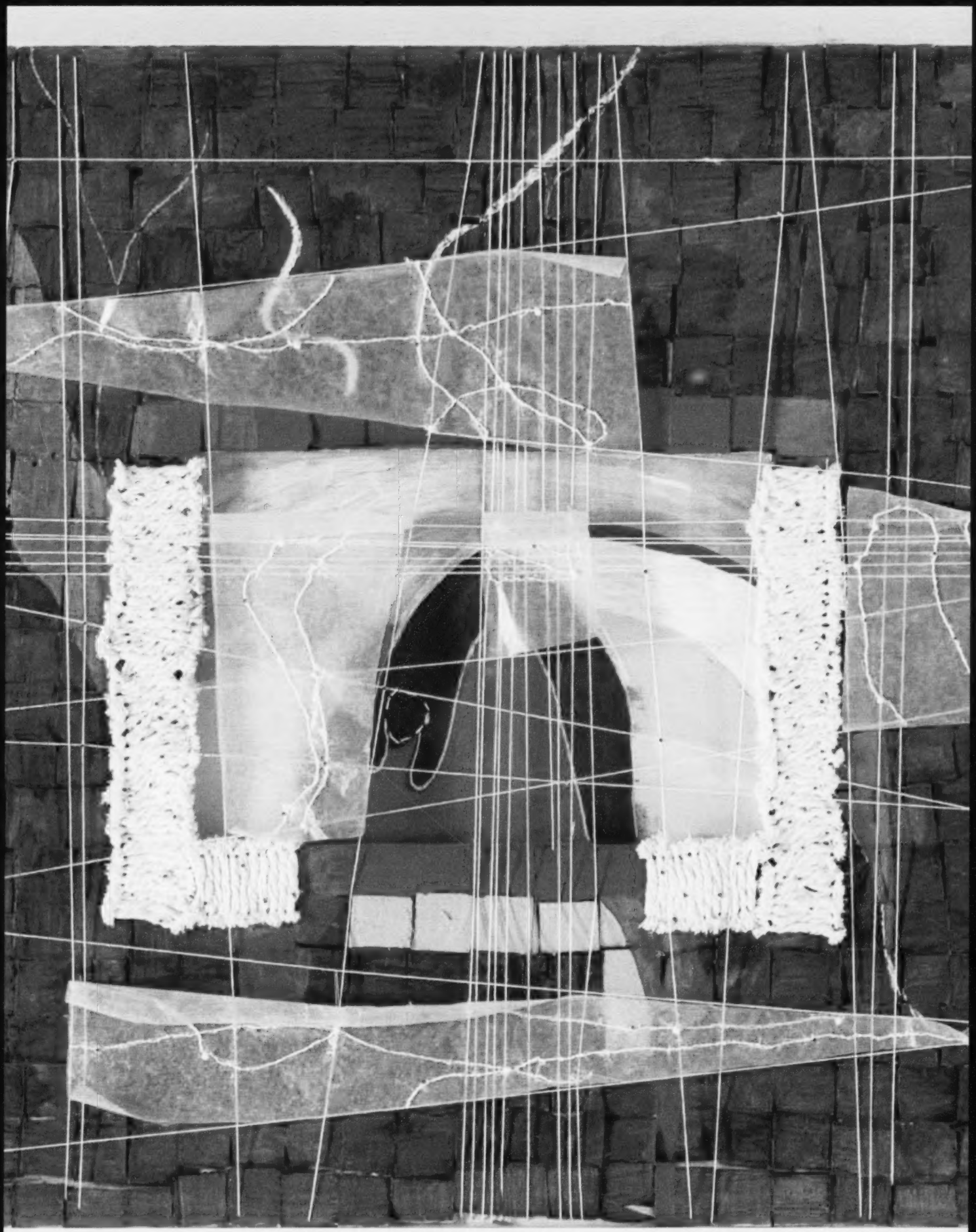
vivant en communauté et ceux vivant hors communauté. Néanmoins, quelques données seront ici reprises pour dresser une image, bien qu'incomplète, qui permettra d'envisager certains défis particuliers auxquels font face les peuples autochtones.

Parmi les maladies mentales graves pour lesquelles on dispose de certaines données en milieu autochtone, et dont les prévalences paraissent particulièrement préoccupantes, on note le trouble dépressif grave, le syndrome de stress post-traumatique et les toxicomanies (Reading, 2009). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 a montré des prévalences de dépression respectivement de 13,2 % chez les autochtones vivant hors communauté et de 12 % chez les autochtones vivant en communauté, soit des taux supérieurs à celui des non-autochtones (7 %) (gouvernement du Canada, 2006). Bien qu'il faille à nouveau considérer les différences de prévalence d'une communauté à l'autre, il n'est pas surprenant de constater une prévalence accrue globale de dépression chez les peuples autochtones lorsqu'on considère l'ampleur des pertes, des deuils (notamment en raison des suicides), du sentiment d'impuissance et des traumatismes auxquels ils font face. Le taux de syndromes de stress post-traumatique est aussi probablement plus élevé de façon globale chez les autochtones, comparativement aux non-autochtones (Reading, 2009), et ce, en lien avec les nombreux traumatismes vécus. L'expérience clinique auprès d'enfants autochtones est d'ailleurs conforme avec cette donnée. Enfin, le taux de toxicomanies est souvent considéré comme élevé dans les communautés autochtones, et la consommation abusive d'alcool est une préoccupation majeure pour ces communautés, une consommation d'ailleurs souvent associée aux autres troubles mentaux (Reading, 2009; Chansonneuve, 2007). Par ailleurs, les autochtones présentent un taux d'abstinence plus élevé et une fréquence moindre de consommation d'alcool, comparativement aux non-autochtones (Thommasen et autres, 2006), bien qu'ils montrent une utilisation excessive occasionnelle d'alcool plus fréquente (gouvernement du Canada, 2006). Toutes ces difficultés accrues en santé mentale dans les communautés autochtones ne sont pas sans conséquence sur les relations parents-enfants et sur le bien-être mental des jeunes.

Le suicide peut être perçu comme un indicateur de détresse sociale en milieu autochtone. La prévalence du suicide y est souvent nettement supérieure à celle du reste de la population canadienne. On évoque des taux de 2 à 6 fois plus élevés que ceux trouvés chez les non-autochtones (Kirmayer et autres, 2007) et parfois jusqu'à 10 à 11 fois plus élevés, comme c'est le cas actuellement chez les Inuits de certaines régions du Canada (gouvernement du Canada, 2006). Les taux varient toutefois d'une nation autochtone à l'autre (Chandler et Lalonde, 2008) ou d'une communauté à l'autre au sein d'une même nation. On faisait état récemment de taux plus bas que la moyenne du Québec dans quelques communautés (Kirmayer et autres, 2007). Les taux varient aussi dans le temps, en lien parfois avec des vagues de suicides. Les jeunes (15 à 24 ans) sont le groupe d'âge le plus touché, alors que chez les non-autochtones, les taux les plus élevés se trouvent chez les hommes et les femmes d'âge moyen (Santé Canada, 2003).

Si l'on considère le lien entre le suicide et la souffrance sociale, on peut penser que les communautés autochtones montrant des taux moins élevés de suicide bénéficient d'un mieux-être social plus élevé que les autres communautés. De fait, il est important de souligner qu'au-delà du portrait plutôt sombre dressé ci-avant, les communautés autochtones font aussi preuve de résilience (Kirmayer et autres, 2011; Tousignant et Sioui, 2009) et

d'ingéniosité pour mobiliser des facteurs de protection et trouver des stratégies de soutien. De nombreux autochtones témoignent d'un engagement pour leur nation, adoptent des modes de vie sains et désirent que leur communauté puisse se tourner vers l'avenir. Plusieurs sont d'ailleurs sans cesse sollicités pour soutenir leur communauté. La vision autochtone du bien-être, dans un souci écosystémique, intègre les sphères mentale (cognitive), spirituelle, physique et émotionnelle. Plusieurs communautés tentent de renouveler la cohésion sociale et culturelle en favorisant les liens traditionnels intergénérationnels, la contribution des aînés, les groupes de soutien, les activités pour les jeunes, la promotion de la culture et des arts autochtones. La recherche suggère que cette cohésion sociale ainsi que l'autodétermination permettent entre autres une « continuité culturelle » (Chandler et Lalonde, 2008) pouvant agir comme un facteur de protection. Le niveau de contrôle qu'exerce une communauté sur ses propres affaires est considéré comme relié à une bonne santé mentale (Kirmayer et autres, 2007).



Julie Bellemare • Titre: *Étouffement* • 2004 • Collection: *Vincent et moi*

CONSTATS GÉNÉRAUX ISSUS DES DIFFÉRENTES CONSULTATIONS EFFECTUÉES

Pour produire ses rapports d'appréciation, le Commissaire à la santé et au bien-être met en œuvre une vaste démarche de consultation qui permet de recueillir des connaissances scientifiques auprès d'experts du domaine étudié, des connaissances organisationnelles, à la suite de rencontres avec des décideurs et des gestionnaires du système de santé et de services sociaux, ainsi que des connaissances citoyennes, grâce aux délibérations de son Forum de consultation et à des consultations auprès d'usagers du système. De nature complémentaire, l'information amassée permet au Commissaire d'approfondir son analyse sur la performance du système de santé et de services sociaux. Tout au long de cette démarche de consultation, une importance particulière est accordée aux éléments qui, lors des discussions et des délibérations, font consensus. L'idée est de faire émerger un consensus fort quant aux constats les plus importants et aux actions à privilégier pour améliorer la performance du système. Au final, l'objectif est de proposer des actions dont l'efficacité et la faisabilité ont été démontrées et qui sont acceptables, si l'on considère les valeurs prédominantes dans la société québécoise. La figure 3 présente les principales sources de connaissances recueillies lors de la démarche de consultation, qui permettent au Commissaire de juger de la performance du secteur de la santé mentale.

Figure 3

SOURCES DE CONNAISSANCES POUR JUGER DE LA PERFORMANCE

La démarche de consultation du Commissaire sur les soins et services offerts dans le secteur de la santé mentale a permis de rencontrer, d'écouter et de questionner près de 250 personnes[8]. Le Commissaire a d'abord rassemblé 22 experts du domaine de la santé mentale lors d'un séminaire tenu les 9 et 10 novembre 2010 (annexe I), puis 33 décideurs et gestionnaires lors d'un panel ayant eu lieu les 16 et 17 février 2011 (annexe II). Ces deux activités ont permis de déterminer les principaux enjeux et défis caractérisant les soins et services en santé mentale au Québec, de préciser les facteurs organisationnels ou systémiques qui influencent la performance des services en santé mentale ainsi que de cibler les pistes d'action les plus prometteuses pour améliorer la performance de ce secteur. Les séances de délibération du Forum de consultation (voir l'encadré), qui ont eu lieu à trois reprises au cours de l'année 2010-2011, ont pour leur part permis de dégager les principales préoccupations des membres à l'égard de la santé mentale et des soins et services offerts au Québec, d'approfondir certains enjeux éthiques en lien avec cette thématique et de discuter des actions prioritaires à entreprendre pour améliorer l'organisation des soins et services dans le secteur de la santé mentale. Ces trois premières étapes de consultation sont interreliées, puisque les constats issus de chacune d'elles servent de base aux discussions subséquentes.

Le Forum de consultation du Commissaire

Formé de 27 membres mandatés pour une période de trois ans, le Forum de consultation du Commissaire est une instance délibérative permanente qui apporte un éclairage démocratique à la démarche du Commissaire à la santé et au bien-être. Il est constitué de 18 citoyens qui viennent de chacune des régions du Québec et de 9 personnes qui possèdent une expertise particulière en lien avec la santé et les services sociaux (annexe III). Le Forum a pour mandat de fournir au Commissaire son point de vue sur diverses questions que celui-ci lui soumet dans le contexte de ses travaux.

Grâce à l'information dont ils disposent, ainsi qu'à leurs propres valeurs, expériences et connaissances, les membres possèdent un savoir qui, à la suite d'exercices de délibération, se développe et se transforme en une source d'information unique qui alimente la réflexion du Commissaire sur le système de santé et de services sociaux. Les séances de délibération du Forum se déroulent pendant deux jours, durant lesquels des discussions ont lieu en plénière ou en sous-groupes, sous la supervision d'une animatrice professionnelle. Avant chaque séance, l'équipe du Commissaire élabore un guide de consultation et le transmet aux membres dans l'optique de soutenir leur préparation.

8. Un comité consultatif en santé mentale, formé pour orienter l'élaboration du rapport d'appréciation sur la santé mentale et un comité consultatif sur les indicateurs, mis sur pied pour soutenir la réflexion sur les indicateurs à utiliser pour évaluer la performance en santé mentale, se sont également rencontrés à quelques reprises au cours du processus. Il est toutefois à noter que le rôle de ces comités se limitait à un rôle conseil et que les conclusions du Commissaire lui sont propres; les recommandations n'engagent que lui même et ne représentent pas la position des personnes consultées.

À la suite de chacune des séances, les résultats des délibérations des membres du Forum de consultation sont consignés à l'intérieur d'un compte rendu, qui évolue et s'enrichit de séance en séance. Le compte rendu sur les soins et services offerts dans le secteur de la santé mentale a été adopté à la majorité par les membres en juin 2011. En vertu de l'article 22 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, le rapport d'appréciation de la performance du système doit faire état de la consultation des membres du Forum, de même que de ses conclusions ou recommandations sur chacune des questions ou des éléments qui lui ont été soumis au cours de cette consultation.

Dans le but d'obtenir des informations de nature expérientielle, le Commissaire a également consulté, en septembre 2011, des usagers de services en santé mentale ainsi que des familles de personnes atteintes de maladie mentale, afin de connaître leurs opinions et leurs expériences quant aux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et leurs différents partenaires, dont le milieu communautaire. Cinq groupes de discussion ont ainsi été réalisés, dont deux groupes avec des usagers ayant des troubles mentaux graves, un groupe avec des usagers atteints de troubles courants et deux groupes avec des membres de l'entourage de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. En tout, 23 personnes atteintes de troubles mentaux et 16 membres de l'entourage ont été rencontrés. Par ailleurs, un groupe de discussion a été consulté dans une perspective éthique. Il était composé de 9 représentants d'organismes de défense des droits en santé mentale (annexe IV). L'essentiel des propos retenus se trouve dans la section portant sur les enjeux éthiques.

Enfin, en janvier et en février 2012, le Commissaire a procédé à des consultations individuelles complémentaires auprès de 39 associations, groupes et ordres professionnels touchés par le sujet de la santé mentale (annexe V). Ces consultations ont permis de bonifier ou de mettre à jour l'information préalablement collectée auprès des différents acteurs ainsi que dans la littérature, en plus de recueillir leurs points de vue quant aux choix d'éventuelles recommandations et à leur faisabilité.

CE QU'ON RETIENT DES DÉLIBÉRATIONS DES MEMBRES DU FORUM

Pour les membres du Forum, certaines valeurs, qui ont teinté l'ensemble de leurs délibérations, sont essentielles pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et à ceux de leur famille et entourage : respect des personnes et de la diversité, équité, solidarité, autonomie et honnêteté. Cela signifie d'abord de se montrer réceptif à l'autre et aussi de savoir détecter son mal-être. Apprendre aux gens à reconnaître la souffrance chez autrui, comme à demeurer attentifs à leurs propres besoins et limites, relève d'une responsabilité démocratique, selon eux. Par ailleurs, dans le domaine de la santé mentale, responsabilités individuelle, familiale et collective s'entrecroisent pour former une responsabilité partagée, qui se module en fonction de chaque cas.

Quant à la part de responsabilité qui incombe à l'État, les membres considèrent que ce que prévoit le PASM 2005-2010 du MSSS est adéquat. Même s'ils reconnaissent que ce plan d'action est vaste et ambitieux, ils déplorent le fait que sa mise en œuvre ne soit toujours pas complétée. Selon eux, son implantation doit être accélérée et, à cet effet, un appui politique clair de la part de l'État est nécessaire.

Dans le secteur de la santé mentale[9], les membres privilégient la prévention et la promotion de saines habitudes de vie. Ils considèrent que la population doit être informée au sujet des symptômes des maladies mentales, mais aussi sur les déterminants d'une bonne santé mentale, et ils croient que cette information doit être accessible dès le plus jeune âge. Par ailleurs, les membres privilégient le dépistage, l'intervention précoce et la proximité des soins pour mieux répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux. Selon les membres du Forum, le milieu de travail devrait notamment être mis à contribution pour prévenir les troubles courants chez les adultes.

Toujours selon les membres, la première ligne doit constituer la porte d'entrée des services pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux : les médecins y œuvrant doivent donc être entourés d'une équipe interdisciplinaire, qui forme un noyau solide autour de la personne atteinte de trouble mental. Au cœur du traitement se trouve la personne elle-même : après lui avoir fourni une information complète, on doit lui reconnaître la capacité et la liberté de choisir pour elle-même, ce qui implique de respecter ses valeurs, ses croyances, ses compétences et ses aptitudes. Selon les membres, les intervenants ont donc un rôle important à jouer pour favoriser l'appropriation du pouvoir d'agir chez les personnes ayant des troubles mentaux. Par ailleurs, les membres insistent sur la nécessité d'intervenir selon une approche globale, évolutive et adaptée en fonction de la nature de leur trouble et de la gravité de leur état, donc de dépasser l'étape du diagnostic pour explorer différentes méthodes de traitement.

Les membres estiment qu'on doit de plus offrir des services et du soutien aux familles des personnes atteintes de troubles mentaux, compte tenu du rôle qu'elles jouent au quotidien auprès des personnes atteintes. Insistant sur l'importance des milieux de vie des personnes atteintes de troubles mentaux, qui prennent parfois le relais de la famille, les membres soulignent que ces personnes doivent pouvoir bénéficier, dans leur communauté, d'un réseau offrant des services accessibles, stables, continus et de qualité pour répondre à leurs besoins, notamment en situation de crise. Les membres tablent également sur des moyens d'aide concrets, tels que les groupes de parole et d'entraide, pour que soit exprimée et entendue la dimension affective de la personne. C'est pourquoi on doit pouvoir compter sur les organismes communautaires et veiller à leur pérennité.

Pour les membres, il importe également de mettre en place des moyens de lutte à la stigmatisation. Ils tablent sur la sensibilisation du grand public pour abattre les préjugés entourant la maladie mentale, notamment en l'informant du haut taux de prévalence des troubles courants et en démystifiant la maladie mentale. De plus, les membres réitèrent

9. Au cours de leur première délibération sur ce sujet, les membres du Forum de consultation se sont prononcés sur les enjeux et éléments à considérer pour apprécier la performance des services de santé mentale. Ils ont retenu 11 domaines de préoccupations : lutte aux préjugés; prévention et promotion; accessibilité; soutien de la première ligne; arrimage organisationnel et intersectoriel; continuité des soins et services; financement; évaluation et recherche; primauté de la personne; communauté et famille; médicalisation et médicaments.

l'importance de sensibiliser, de former et d'outiller les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier ceux du secteur de la santé mentale. Par ailleurs, plusieurs ont souligné l'importance de viser l'intégration sociale de la personne ayant un trouble mental pour son rétablissement, lorsqu'elle est réalisable.

D'autres enjeux préoccupent les membres, telle la médicalisation, tant à l'égard du choix thérapeutique que de l'accès économique à la médication et à des alternatives possibles, comme l'approche psychothérapeutique. Selon eux, le rôle et l'influence de l'industrie pharmaceutique sont des enjeux qui méritent d'être approfondis, tout comme d'autres enjeux liés à l'évaluation et à la recherche en santé mentale. On doit s'assurer d'évaluer l'implantation du PASM 2005-2010. À cet égard, il est nécessaire, selon eux, de fonder les interventions en santé mentale sur des données et des pratiques probantes, de veiller au contrôle de leur qualité, de les mesurer et d'effectuer leur suivi dans chaque organisation, en plus d'assurer l'utilisation efficiente des ressources consacrées à l'implantation des actions retenues. De plus, comme le secteur de la santé mentale est vaste, on doit prioriser des domaines de recherche selon les préoccupations sociétales et favoriser la recherche multidisciplinaire, sans négliger la nécessité de réfléchir collectivement aux causes profondes des troubles mentaux. Les membres soulignent également l'importance d'investir davantage en santé mentale, car les impacts qui s'y rattachent nécessitent des actions concrètes et précoces dans divers domaines d'intervention. Selon eux, un financement équitable dans ce domaine n'implique pas uniquement de réallouer les ressources entre les différents programmes en santé physique et mentale, mais aussi de redistribuer ces ressources au sein même du programme de santé mentale, entre les réseaux public et communautaire.

Enfin, préoccupés par le taux élevé de suicide au Québec, les membres du Forum ont exploré les causes de ce phénomène. Selon eux, la détresse psychologique qui précède le passage à l'acte n'est pas toujours bien dépistée et les ressources manquent pour y répondre adéquatement. Plusieurs ont aussi souligné la prise en charge insuffisante des problèmes qui accompagnent souvent l'état suicidaire et le manque de suivi après une crise suicidaire, tant dans le réseau public que dans la communauté. Selon les membres, la diminution du taux de suicide exige d'abord de développer la résilience[10] dès l'enfance. Les parents et les éducateurs doivent aussi aborder franchement la question du suicide avec les jeunes, sans chercher à l'éluder. À cet égard, plusieurs membres déplorent la disparition, en milieu scolaire, des ressources destinées aux jeunes, telles que les services d'un psychologue ou d'une infirmière ou encore des activités de prévention et de promotion. De plus, certains insistent sur le besoin d'adapter les interventions et de concevoir des stratégies pour atteindre ceux qui n'appellent pas à l'aide.

10. « *La résilience* est la capacité pour un individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress. [...] Cette faculté n'est pas innée, mais elle trouve ses racines dans l'enfance, et dans la relation que les parents entretiennent avec leur enfant. » (Psychologies.com, site Internet).

CE QU'ON RETIENT DE LA CONSULTATION DES EXPERTS ET DES DÉCIDEURS

La consultation effectuée par le Commissaire auprès des experts et des décideurs du secteur de la santé mentale a permis de dégager de nombreux consensus en ce qui concerne les enjeux importants et les pistes d'action à considérer dans le cadre de l'appréciation des soins et services offerts en santé mentale. D'abord, les experts et les décideurs rencontrés s'accordent pour dire qu'il est primordial de lutter contre la stigmatisation liée aux troubles mentaux, particulièrement dans le réseau de la santé et des services sociaux. À cet effet, le contact direct avec des personnes aux prises avec des troubles mentaux qui se sont rétablies fait consensus comme stratégie d'action à mettre en place pour réduire les préjugés à l'égard de la maladie mentale. Les deux groupes d'acteurs consultés insistent également sur l'importance d'encourager la participation citoyenne des personnes atteintes et de leur famille[11]. Pour ce faire, il importe de leur donner les moyens financiers, matériels et organisationnels pour influencer les décisions concernant l'organisation et le fonctionnement des services en santé mentale.

En ce qui a trait à l'organisation des soins et services, les experts et les décideurs soulignent qu'un effort important doit être fait en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Il importe, selon eux, d'agir en amont pour prévenir l'apparition des troubles mentaux, en travaillant par exemple sur les déterminants socioéconomiques de la santé et sur les facteurs de protection. Le dépistage et les interventions précoces doivent également être renforcés, particulièrement auprès des enfants et des adolescents. Tant les experts que les décideurs soulignent le rôle majeur des intervenants de première ligne en ce qui concerne le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des troubles mentaux. Aussi faut-il, selon eux, s'assurer que ces intervenants ont les outils et les moyens nécessaires pour assumer convenablement leur rôle. C'est pourquoi la formation (de base et continue) qui leur est offerte doit être augmentée et bonifiée afin de prendre davantage en compte les différentes formes de savoirs, de pratiques et d'approches en santé mentale. Les deux groupes consultés insistent aussi sur l'importance de privilégier un accès rapide à une évaluation globale ainsi qu'à une offre de services variée, qui reflète la pluralité des approches existantes dans le domaine (tant médicales que psychosociales), et ce, dans l'optique de mieux répondre aux besoins des usagers. Les difficultés d'accès aux services des psychologues dans le réseau public ont d'ailleurs été soulignées à quelques reprises par les experts et les décideurs rencontrés. Les services offerts aux personnes vivant avec des troubles mentaux doivent de plus être intégrés pour ainsi assurer une meilleure continuité des soins et services. À cet effet, les experts et les décideurs déplorent les difficultés d'arrimage entre les services de dépendance et ceux de la santé mentale et insistent sur l'importance de développer des approches intégrées capables de prendre en charge les troubles concomitants. Les deux groupes consultés font également état de leurs inquiétudes vis-à-vis de la discontinuité des soins et services offerts aux personnes atteintes lors du passage de l'enfance à l'âge adulte. Ils sont d'avis que le travail en concertation et en collaboration entre les différents acteurs interpellés par la santé mentale (réseau public, communautaire, intersectoriel, économie sociale, etc.) est gage de succès et qu'il importe de le privilégier. C'est pourquoi ils insistent

11. Le terme «famille», utilisé tout au long de ce rapport, doit être compris dans un sens très large. Il inclut donc la famille immédiate et élargie, tout comme les amis d'une personne ayant des troubles mentaux.

pour mettre davantage à contribution l'intersectorialité, notamment en ce qui concerne la mise en place de programmes ou de pratiques visant l'intégration sociale (logement, emploi et études) des personnes vivant avec un trouble mental.

Par ailleurs, les experts et les décideurs reconnaissent qu'une culture d'échange et d'intégration des connaissances se doit d'être développée afin de s'assurer que les changements sur le plan des pratiques suivent l'évolution des connaissances dans le secteur de la santé mentale et que, inversement, les milieux de pratique puissent influencer la recherche en santé mentale. Pour effectuer le suivi des actions mises en place et mesurer les résultats obtenus dans le secteur de la santé mentale, il leur apparaît également essentiel de développer des indicateurs quantitatifs, mais aussi qualitatifs, en santé mentale. Enfin, les experts et les décideurs dénoncent le sous-financement des services et des ressources en santé mentale, en plus d'insister fortement sur l'importance d'assurer un financement plus adéquat à ce secteur de la santé.

Pour en savoir davantage

Pour prendre connaissance de l'ensemble des constats ayant émergé de la consultation des experts et des décideurs, ainsi que des délibérations du Forum de consultation du Commissaire, consulter le document *Rapport de consultation sur le secteur de la santé mentale – Points de vue des experts, des décideurs et des membres du Forum*, disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

CE QU'ON RETIENT DE LA CONSULTATION DES USAGERS ET DES FAMILLES

Les groupes de discussion d'usagers des services en santé mentale ainsi que de familles de personnes atteintes de troubles mentaux ont permis d'obtenir plusieurs consensus en ce qui concerne la qualité des soins et services offerts en santé mentale. D'abord, les usagers et les familles consultés relèvent plusieurs éléments positifs en matière d'expérience de soins : les connaissances et les savoir-être des professionnels rencontrés; la stabilité du lien avec l'intervenant dans le temps; le fait que le professionnel travaille étroitement avec d'autres intervenants, vers lesquels il peut orienter l'usager en temps opportun; l'accès rapide à des services. Les deux groupes ont aussi abondamment vanté les services offerts par les ressources communautaires. Les usagers mentionnent pouvoir y trouver de l'espoir, un sens à leur expérience de trouble mental, mais aussi un accès à des services complémentaires, alors que les familles disent y recevoir des connaissances utiles pour faire face à la maladie de leur proche. Enfin, pour plusieurs usagers et familles rencontrés, les services spécialisés en santé mentale (tels qu'une clinique spécialisée en trouble de l'humeur ou un hôpital psychiatrique) sont particulièrement appréciés, puisqu'ils offrent des services adaptés à leurs besoins et que les professionnels qui y travaillent sont spécifiquement formés en santé mentale.

En ce qui concerne les améliorations à apporter aux soins et services offerts, tant les usagers que les familles souhaitent voir s'améliorer l'accès aux ressources existantes, au premier chef aux services des psychologues et à la psychothérapie. À ce propos, certains usagers soulignent qu'ils aimeraient se voir offrir des alternatives au traitement pharmacologique de leur maladie. Par ailleurs, les deux groupes d'acteurs ont exprimé des opinions semblables quant à la nécessité de mettre en place, dans la communauté, des services de crise spécialisés en santé mentale. Tous souhaitent ainsi éviter que la situation d'une personne atteinte de troubles mentaux graves se détériore au point où elle en vienne à perdre son emploi ou son logement ou jusqu'à l'épuisement de sa famille. Plusieurs usagers plaident aussi pour que davantage de ressources soient consacrées à la prévention des troubles mentaux, particulièrement dans les milieux de travail, de même qu'au suivi des personnes atteintes, notamment après un épisode d'hospitalisation.

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs usagers et familles consultés insistent sur l'importance de faciliter l'intégration en emploi des personnes ayant un trouble mental. Selon eux, plusieurs stratégies ont déjà fait leurs preuves à cet effet : l'obligation pour tous les employeurs d'embaucher des personnes ayant un trouble mental, la diversification des emplois proposés (par exemple, offrir des emplois pour les personnes qui ont fait des études avancées) ou encore la sensibilisation des gestionnaires quant à l'importance d'implanter des programmes d'intégration au travail. Plusieurs usagers réclament une plus grande cohérence entre les différents programmes offerts aux personnes aux prises avec des troubles mentaux afin que personne ne se retrouve dans une zone grise, coincé entre les critères d'admission à telle ou telle ressource, incapable d'obtenir l'aide nécessaire à la réalisation de son projet de rétablissement. Quant aux familles, elles demandent une meilleure adaptation des mesures, programmes et services aux capacités des personnes vivant avec des troubles mentaux. Selon certains membres de l'entourage de personnes atteintes de maladie mentale, les exigences des professionnels ou des ressources sont parfois trop rigides, compte tenu de ce que la personne est capable de faire durant une période donnée.

Les usagers et les familles ont témoigné du poids que représente la stigmatisation dans leur vie. Ils soulignent ainsi l'importance de poursuivre la lutte aux préjugés et aux conduites discriminatoires. Ils estiment que les campagnes d'information et de sensibilisation réalisées ces dernières années sont excellentes, qu'elles doivent être poursuivies tout en véhiculant de l'information sur les différents troubles mentaux. Plusieurs usagers expriment également le besoin que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux soient mieux outillés pour faire face aux questions de santé mentale, surtout pour soutenir le développement de savoir-être appropriés.

Enfin, les familles consultées ont maintes fois exprimé leurs frustrations et leur impuissance devant certaines lois relatives à la santé mentale – ou encore devant la manière de les appliquer. En effet, certaines lois les empêchent d'intervenir plus tôt pour éviter la détérioration de l'état mental de leur proche. Les principaux points d'achoppement, selon eux, se rapportent plus particulièrement à la façon trop stricte d'appliquer le droit à la confidentialité des renseignements concernant l'usager, à l'utilisation du critère de dangerosité comme unique

motif d'intervention pour la garde en établissement[12] ainsi qu'à la judiciarisation excessive de l'autorisation aux soins. Certaines familles revendiquent aussi des modifications à la législation québécoise en matière de santé mentale ou encore à l'application de certaines de ces lois, et ce, dans un esprit de prévention de la dégradation de l'état mental de leur proche qui, rappelons-le, est atteint de troubles mentaux sévères et persistants.

CE QU'ON RETIENT DES CONSULTATIONS INDIVIDUELLES AUPRÈS D'ASSOCIATIONS, DE GROUPES ET D'ORDRES PROFESSIONNELS

Les associations, groupes et ordres professionnels consultés par le Commissaire ont fait ressortir les constats suivants :

- le sous-financement chronique en santé mentale, spécialement du milieu communautaire;
- la forte présence de la stigmatisation, notamment dans le réseau de la santé et des services sociaux, et le peu d'efforts concrets réalisés sur le terrain pour la contrer;
- l'absence d'investissement et d'efforts concertés en promotion et en prévention;
- les lacunes importantes dans les services offerts aux jeunes, particulièrement ceux qui permettraient d'assurer un passage plus fluide vers les services dispensés aux adultes;
- la mise en œuvre ardue de l'interdisciplinarité, de l'interministérialité et de l'intersectorialité;
- la formation insuffisante en santé mentale et en dépendance chez les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, de même que l'impact négatif des coupures récentes dans les budgets de formation (projet de loi n° 100);
- le manque de soutien offert aux omnipraticiens pour assurer les suivis en santé mentale et l'utilisation non optimale de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux (infirmières, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, ergothérapeutes, pharmaciens, etc.);
- la fragmentation et le manque d'intégration des différents services offerts en santé mentale;
- l'insuffisance des approches qui prennent en compte les comorbidités;
- le peu d'alternatives à la médication, notamment le manque d'accessibilité à la psychothérapie dans le réseau public;

12. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (loi P-38) est une loi d'exception qui suspend le droit fondamental à la liberté. Elle fait de la dangerosité l'unique condition permettant de garder une personne en établissement contre son gré. Pour certaines familles rencontrées, cette loi est inadéquate, parce qu'elle ne s'applique que lorsque la personne présente un danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui (manifestation suicidaire, geste ou menace de blessure, automutilation, etc.) et qu'elle ne prend pas en considération la dangerosité grave non immédiate (comme un risque de rechute chez une personne présentant un trouble grave et persistant, car elle ne prend plus ses médicaments). De plus, la garde en établissement n'est pas liée à une obligation de traitement, ce que dénoncent aussi certaines familles.

- le niveau inadéquat des services offerts pour l'intégration au travail et aux études ainsi que pour l'accès au logement, en plus du manque de mesures diversifiées dans ces domaines;
- les nombreux obstacles rencontrés par les familles pour venir en aide à leur proche en danger, particulièrement par rapport aux nombreuses et contraignantes procédures juridiques entourant la garde en établissement et l'ordonnance de traitement;
- le manque d'indicateurs et d'évaluation pour assurer un suivi dans le domaine de la santé mentale;
- l'implantation inachevée et inégale du PASM 2005-2010, malgré les excellentes intentions qui ont mené à la conception de ce plan d'action.

En ce qui concerne les éventuelles recommandations à mettre en œuvre pour améliorer la performance des soins et services en santé mentale, on retient de cette consultation qu'il serait essentiel de poursuivre et d'achever l'implantation des mesures annoncées dans le PASM 2005-2010, de continuer à lutter contre la stigmatisation, d'agir en amont, surtout chez les jeunes, de briser les silos et de travailler en partenariat, d'adapter les services selon les besoins des usagers, et ce, dans une optique de rétablissement, de passer du médicalement requis au socialement nécessaire, de miser sur les soins et services offerts en communauté et, enfin, de mieux financer le secteur de la santé mentale.

Jean-Claude Bélanger • Titre: *Le Silence de l'insomnie* • 2002 • Collection: *Vincent et moi*

QUELS ENJEUX ÉTHIQUES ONT GUIDÉ NOTRE RÉFLEXION ?

Dans cette section, l'équipe du Commissaire à la santé et au bien-être vise à rendre compte des implications éthiques d'un certain nombre d'enjeux sociaux, organisationnels et de pratiques en santé mentale. En effet, malgré de grands progrès réalisés au cours des dernières décennies afin de traiter les personnes ayant un trouble mental, dans le respect de leur dignité, et de viser leur rétablissement pour soutenir leur participation sociale, un regard posé sur la vie de ces personnes et de leur famille permet de prendre acte d'enjeux qui soulèvent des questionnements éthiques. Cet exercice de réflexion se veut en outre un exposé des considérations éthiques prises en compte pour caractériser le contexte en regard duquel ont été formulées les recommandations dans le cadre de ce rapport, qui fournit l'occasion de rappeler le bien-fondé éthique de la lutte à la stigmatisation et les défis particuliers que soulève cette entreprise. Le choix et le développement des enjeux présentés ici s'appuient à la fois sur une revue de littérature des enjeux éthiques en santé mentale au Québec et sur des exercices de consultation menés auprès du Forum de consultation du Commissaire, de même qu'auprès de groupes d'usagers de services en santé mentale, de membres de l'entourage d'usagers et d'intervenants communautaires en défense des droits des personnes ayant des troubles mentaux.

LA COMPLÉMENTARITÉ DANS L'OFFRE DE SOUTIEN GLOBAL

Selon plusieurs auteurs, nos représentations de la santé mentale, des troubles mentaux, des personnes qui en sont affectées, de même que des services à offrir à ces personnes, seraient fortement influencées par une tendance générale à ce que certains dénomment la « médicalisation ». Selon Fassin (1998), la médicalisation peut être définie comme le fait d'attribuer un caractère médical à des représentations ou à des pratiques que l'on n'aurait pas vues de cette façon jusqu'alors. Parmi les usagers et les intervenants communautaires consultés, certains ont dit redouter que les problèmes tels que les dépendances ou l'itinérance ne soient considérés que sous l'angle de la psychopathologie, ce qui détournerait l'attention des facteurs sociaux mis en cause dans ces problèmes. Cette préoccupation vis-à-vis d'une certaine tendance visant à définir et à traiter comme des maladies les conséquences de difficultés personnelles ou de problèmes sociaux semble partagée par La Fondation des Auberges du cœur (site Internet). De plus, certains usagers et intervenants de défense des droits consultés appréhendent le fait qu'il y ait de moins en moins de place, dans notre société, pour accorder un sens autre que pathologique aux différents états d'âme, émotions et sautes d'humeur qui peuvent affecter toute personne au quotidien. En outre, dans un contexte social et culturel où sont particulièrement valorisés le travail et l'efficacité, le

traitement de la symptomatologie des troubles mentaux par la prescription de produits pharmacologiques représente, selon certains, la solution « facile » pour retrouver son fonctionnement « normal » dans les meilleurs délais. Cela ne permet toutefois pas de trouver un sens à sa souffrance psychique, ni de trouver en soi la faculté de surmonter son problème, ni d'en explorer les causes environnementales et sociales.

Par ailleurs, des intervenants communautaires et des usagers de services s'inquiètent du fait que le recours aux médicaments apparaisse comme « la seule stratégie » de traitement des troubles mentaux (ou à tout le moins une stratégie jugée trop dominante). En d'autres termes, ces personnes dénoncent le manque de place accordée dans notre système de santé et de services sociaux aux approches complémentaires à la médication : psychothérapie, groupes d'entraide, approches communautaires, médecines douces et autres approches complémentaires, sans oublier l'action visant les déterminants sociaux, économiques ou organisationnels pouvant affecter la santé mentale. De plus, puisque l'accent est surtout porté sur la nature chimique des troubles mentaux et des traitements, on aurait de plus en plus tendance à « occulter la complexité des expériences des personnes et à réduire les espaces de communication dans la relation thérapeutique » (Rodriguez et autres, 2003, p. 1).

Dans un tel contexte social, la pharmacologie prend une place prépondérante et l'accent est placé sur la responsabilité individuelle relative à la santé, ce qui crée une attente dans l'observance du traitement chez les patients (CSBE, 2010b). À ce sujet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux présente au chapitre des lignes directrices une responsabilité de l'usager, soit celle de participer aux soins le concernant. Dans cet esprit, dans le secteur de la santé mentale, prendre ses médicaments, tels que prescrits par l'intervenant de santé, est perçu comme une pratique responsable.

Selon de nombreux usagers et intervenants communautaires, il subsiste trop peu d'espace, au sein de notre système, pour accueillir les choix complémentaires dans l'offre de soutien global. Selon certains, l'approche de la gestion autonome de la médication constitue une manière différente d'aborder la médication, où l'on vise une compréhension globale du fonctionnement et des effets de la médication sur la personne (RRASMQ, 2010b).

UN DIAGNOSTIC À DOUBLE TRANCHANT

De nombreux usagers rencontrés ont mentionné que la réception d'un diagnostic avait souvent joué un rôle important dans leur rétablissement. En effet, le diagnostic posé par l'intervenant qui détient une expertise en santé mentale prend souvent une valeur symbolique particulière pour la personne, qui y trouve un ancrage : d'une part, le diagnostic confère solidité à des intuitions personnelles et contribue, ce faisant, à redonner du pouvoir à la personne; d'autre part, au trouble clairement identifié correspondent bien souvent des avenues de traitement précises. Ainsi, dans certains cas, le diagnostic représente le début de l'espoir de guérir ou de se rétablir. On peut aussi noter qu'un diagnostic juste permet aux personnes d'accéder plus facilement aux services adéquats.

Certaines personnes rapportent cependant que la présence d'un diagnostic de trouble mental dans leur dossier médical a eu des effets néfastes, notamment en déplaçant toute l'attention des intervenants de santé sur ce seul trouble, au détriment des autres besoins de la personne et des symptômes physiques. Un tel phénomène, où les symptômes physiques décrits par l'usager sont faussement attribués à la maladie mentale, est décrit dans la littérature comme le *diagnostic overshadowing*. Ce processus fréquent est identifié comme l'une des causes de la prévalence importante de problèmes de santé physique et d'une espérance de vie plus courte chez les personnes atteintes de troubles mentaux, quoique le lien causal entre *l'overshadowing* et ses impacts sur la santé soit peu documenté dans la littérature scientifique. Ce n'est que récemment que les chercheurs se sont intéressés à ce phénomène très présent dans les récits des usagers de services en santé mentale. Par ailleurs, des recherches semblent démontrer que des personnes atteintes de certains diagnostics sévères de maladie mentale et d'une maladie chronique recevraient des soins de moins grande qualité ou des interventions moins poussées que les autres patients pour leur maladie chronique (Jones, Howard et Thornicroft, 2008). Le problème ne réside probablement pas tant dans le diagnostic lui-même que dans la stigmatisation sociale, qui fait en sorte que des préjugés particuliers sont associés aux troubles mentaux. Néanmoins, les usagers et les intervenants soulignent le fait qu'il est possible d'accompagner les personnes ayant un trouble mental autrement qu'à travers une logique de diagnostic et de services liés à ce diagnostic, comme nous le verrons dans les paragraphes suivants.

> Selon plusieurs membres du Forum de consultation, « l'établissement du diagnostic pose un défi [...] : [il] est essentiel au traitement et, en son absence, il est difficile d'amorcer la guérison. Outre le fait qu'il soit rassurant – en nommant le mal-être et en définissant la nature du trouble –, le diagnostic permet de déterminer les interventions et le traitement appropriés. Toutefois, la majorité des membres reconnaît que le diagnostic peut devenir une étiquette et masquer la personne derrière le nom de sa maladie. »
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de décembre 2010).

RESPONSABILITÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Vis-à-vis des personnes ayant un trouble mental, le système accepte le défi de proposer, au-delà du traitement de la symptomatologie, un soutien dans leur rétablissement, lequel sous-entend le réinvestissement des rôles que la personne désire ou est appelée à jouer dans la société. Quant aux personnes susceptibles de développer un trouble mental, on cherche à soutenir le dépistage précoce des psychopathologies, d'une part, et à déterminer, d'autre part, comment et dans quelle mesure la santé mentale peut faire partie des préoccupations de santé publique, dans une optique de prévention primaire. Dans ce contexte d'élargissement du champ des responsabilités en santé mentale, l'un des défis éthiques les plus fondamentaux consiste à savoir qui interpeller et comment le faire.

De nombreux obstacles structurels et organisationnels font en sorte que le contexte dans lequel les soins et services sont dispensés n'est pas toujours favorable à la participation et au respect des usagers, de même qu'à la prise en compte du principe de rétablissement. L'intervenant doit être soutenu de différentes façons (sur le plan de la formation, de l'organisation et du matériel) pour une intervention optimale auprès d'une personne qui se retrouve dans une situation de vulnérabilité. Le milieu dans lequel évolue l'intervenant doit permettre une intervention de qualité.

Ainsi, les organisations doivent s'assurer que le contexte de pratique permet la prise en compte des principes éthiques prônés. Il en va de même pour l'introduction de nouvelles pratiques. L'innovation se doit d'être soutenue par une formation adéquate, de même que par des ressources permettant une pratique dans l'intérêt de l'usager et conforme aux nouvelles orientations adoptées. Le défi est donc de dépasser les bonnes intentions et l'énonciation de principes pour les intégrer réellement à la pratique en mobilisant le personnel (Leclerc, 2011). Un professionnel qui vit une situation dans laquelle il ne dispose pas des ressources pour exécuter un travail répondant aux normes de qualité (à cause d'un manque de temps ou de ressources matérielles, par exemple) peut se retrouver dans un état qualifié par certaines personnes rencontrées de « détresse éthique ». « La détresse éthique se caractérise par un ressenti douloureux qui survient lorsque le travailleur se trouve à devoir affronter l'impossible arbitrage entre, d'une part, ce que sa conscience professionnelle lui dicte de faire en fonction des exigences de la situation et, d'autre part, ce que les ressources dont il dispose lui permettent de faire. » (Vézina, 2011, p. 20).

Un tel contexte peut mener le professionnel à porter le poids des contraintes externes et à redoubler d'efforts au travail, ce qui met sa propre santé mentale en péril. Il arrive également qu'une stratégie de protection soit adoptée : le professionnel prend alors une distance émotionnelle par rapport à la situation, ce qui peut se traduire par des attitudes cyniques ou défaitistes. Dans un cas comme dans l'autre, le travail devient une source de souffrance psychologique pour le professionnel. La source du problème n'est pas tant la nature du travail à accomplir que le contexte organisationnel dans lequel le professionnel doit accomplir des tâches émotionnellement exigeantes (Vézina, 2011).

PARTAGE DES RESPONSABILITÉS : LA SANTÉ MENTALE, L'AFFAIRE DE TOUS

Parmi les premières personnes auxquelles on pense quand il est question de soutien envers les personnes ayant un trouble mental, il y a la famille et les amis. Ceux-ci finissent souvent par s'épuiser, tant ce soutien est exigeant. De plus, plusieurs d'entre eux ne se sentent pas suffisamment considérés et respectés, au nom du respect de la confidentialité des informations concernant l'usager, qui les maintient souvent dans l'ignorance de l'état de santé de leur proche et les empêche de participer à la mesure qu'ils le voudraient aux soins et services concernant leur proche. Ainsi, le droit à la confidentialité serait parfois invoqué par les médecins et les intervenants pour ne pas faire participer les familles ou même les écouter.

De plus, étant donné que les usagers de services en santé mentale ne peuvent pas toujours profiter du service de suivi en communauté requis par leur état, les familles se retrouvent dans la position intenable de ceux qui assistent à la lente dégradation de l'état de santé de leur proche, jusqu'à ce qu'une crise justifie le recours aux mesures de garde préventive[13]. En plus de représenter un très grand investissement émotif, prendre soin d'un proche ayant un trouble mental se traduit souvent par un important fardeau économique. Il existe donc d'importantes limites à considérer lorsqu'on veut interpeller la responsabilité des familles.

> Dans ce contexte, selon les membres du Forum de consultation, « la famille ne doit pas devenir un élément de stratégie tenu pour acquis dans l'organisation des services ». Il serait préférable, selon eux, « de préciser leur rôle et de se mettre à leur écoute ». Ils estiment que « si des responsabilités sont confiées aux familles, elles doivent s'accompagner d'un soutien adéquat ».
>
> Toujours selon les membres du Forum, l'une des responsabilités qui incombent à l'État relativement à la santé mentale consiste à « agir sur la volonté sociale et politique de changer les perceptions en santé mentale ». Les milieux de vie constituent eux aussi une catégorie « d'acteurs » directement interpellés par la lutte à la stigmatisation et par la notion de rétablissement en santé mentale, d'où l'importance d'une action intersectorielle structurée et cohérente.
>
> Par ailleurs, les membres du Forum pensent qu'« on doit éviter d'associer responsabilité et culpabilité : une personne, un proche ou une famille ne devraient jamais être blâmés ou pénalisés pour ce qu'ils ont fait ou n'ont pas fait ».
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de décembre 2010).

Parmi les personnes consultées, certaines estiment que chaque individu est le premier responsable de sa propre santé mentale, surtout en ce qui a trait au maintien d'une bonne santé mentale. Idéalement, chacun devrait pouvoir adopter de saines habitudes de vie, reconnaître ses limites et aller chercher de l'aide lors des premiers signes d'un trouble mental. Cependant, comme l'ont fait remarquer à juste titre les membres du Forum de consultation, « [c]ette responsabilité individuelle est toutefois tributaire des capacités de la personne, ainsi que de la nature et de la gravité de son problème ».

En effet, la responsabilité individuelle vis-à-vis des problèmes de santé rencontre des limites importantes et peut devenir prétexte à la surresponsabilisation ou à la culpabilisation, si l'on oublie de prendre en compte les limitations découlant du trouble mental lui-même, le contexte de stigmatisation sociale et les rapports de pouvoir entre les personnes. Comme le soulignait le Commissaire dans son avis intitulé *Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé* (2010a et 2010b), la responsabilité individuelle peut facilement

13. « Lorsque la personne perturbée arrive à l'hôpital, si le médecin estime qu'elle présente un risque grave et immédiat pour sa propre sécurité ou celle de son entourage, il a le droit de la garder sous observation sans son consentement et sans ordonnance d'un juge, pour une période qui ne devra cependant pas excéder 72 heures. Ce type de garde s'appelle garde préventive » (ministère de la Justice, 2012). Ce sujet est repris dans la sous-section « Enjeux de judiciarisation et de criminalisation » de cette section.

être interprétée selon une logique inspirée d'une conception juridique de la responsabilité, qui a pour avantage de fonder l'imputabilité, mais qui a pour désavantage de susciter des sentiments de culpabilité ou de honte chez les personnes qui, pour différentes raisons, préfèrent ou ne parviennent pas à se conformer aux normes de santé. Une alternative à cette logique d'attribution strictement individuelle de la responsabilité vis-à-vis de la santé mentale consiste à ouvrir notre perspective au concept de responsabilité partagée. Par exemple, à la responsabilité individuelle de m'informer sur les ressources disponibles en santé mentale correspond la responsabilité d'un autre acteur de me renseigner sur l'existence et les voies d'accès à ces ressources.

Il va sans dire que la santé mentale est plus qu'une affaire individuelle ou interpersonnelle. Les personnes atteintes de troubles graves sont conviées à participer à la vie collective à la mesure de leurs capacités, alors qu'elles sont souvent dépendantes de leur famille pour plusieurs aspects de leur vie quotidienne. L'incidence des troubles mentaux est telle que chacun d'entre nous pourrait un jour avoir besoin de services, de protection et de sollicitude : la santé mentale est devenue l'affaire de tous.

LA STIGMATISATION

La société québécoise se veut une société solidaire, comme en témoigne notamment les choix relatifs au système de santé et de services sociaux. Dans cet esprit, il importe d'essayer de réduire la stigmatisation sociale que peuvent vivre les personnes ayant un trouble mental. Il y a plus de dix ans, l'OMS classait la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » en matière de santé mentale (OMS, 2001b). En effet, les représentations négatives des personnes aux prises avec un trouble mental ont de graves répercussions sur leur vie, tout d'abord en matière de souffrance et de stress ressentis. La stigmatisation serait vécue par les personnes comme « une expérience profonde de discrédit et d'isolement social, associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation » (Stuart, 2003, p. 55), ce qu'ont confirmé les témoignages entendus lors des consultations. La stigmatisation peut engendrer une souffrance plus contraignante et plus durable que celle causée par la maladie mentale elle-même (Schulze et Angermeyer, 2003).

Par ailleurs, comme l'ont rapporté des personnes consultées, la stigmatisation peut aussi produire de graves bouleversements dans les relations familiales. Les personnes atteintes de maladie mentale ont quelquefois vu leurs relations interpersonnelles être entachées d'incompréhension et de ressentiment à la suite du dévoilement de leur maladie mentale à un membre de leur entourage, ce qui provoque un plus grand isolement.

Au travail, la stigmatisation peut se traduire selon les personnes consultées par de l'exclusion, un traitement inégal ou même des mises à pied injustifiées. Ainsi, les personnes ayant un trouble mental sont souvent aux prises avec le stress qu'engendre la gestion d'un secret, dont la découverte pourrait avoir de graves conséquences si ce secret venait à se savoir. Par ailleurs, selon la revue de la littérature effectuée, les personnes qui retournent dans leur ancien milieu de travail après un épisode de maladie mentale peuvent être réaffectées

à des postes inférieurs ou accueillies froidement par leurs anciens collègues. Le retour au travail représenterait même un tel stress que certains préféreraient changer d'emploi plutôt que de prendre le risque de revivre un épisode de trouble mental.

Les familles des personnes ayant un trouble mental, de même que les professionnels qui interviennent auprès d'elles, connaissent elles aussi les conséquences négatives de la stigmatisation. Il s'agit d'un phénomène qu'on appelle habituellement « stigmatisation par association ». Une étude réalisée auprès de personnes qui offrent du soutien à une personne atteinte de maladie mentale montre qu'elles souffrent des répercussions de la stigmatisation, en matière d'estime de soi, de situation financière et de soutien social à la famille (Corrigan et Miller, 2004). À cet effet, dans une étude canadienne menée auprès de membres de l'entourage d'une personne atteinte, qui font partie de groupes communautaires de défense des droits, 53 % des répondants estiment que la stigmatisation a nui à leur qualité de vie et à celle de leur famille, 43 % affirment que la stigmatisation a nui à leur capacité d'interagir avec d'autres et 20 % rapportent avoir été directement stigmatisés en raison de la maladie mentale de leur proche (Stuart et autres, 2008).

Les intervenants en santé mentale remarquent, quant à eux, que la stigmatisation peut provenir de leur entourage : après une réaction initiale de curiosité envers leur travail ou parfois de crainte de « contagion », l'entourage des intervenants en santé mentale ne manifeste parfois par après que peu d'intérêt pour leur travail, se contentant de s'assurer de la question de la sécurité. Socialement, il semble aussi que les professions liées à la santé mentale ne soient pas très valorisées, compte tenu de la prévalence et de l'importance des phénomènes de santé mentale.

Certaines sources soulignent le rôle que joue l'autostigmatisation parmi les obstacles qui empêchent les personnes aux prises avec un trouble mental d'aller chercher l'aide dont elles auraient besoin. La honte et la fragilité provoquent chez la personne peur, anticipation du jugement et isolement. Selon des statistiques canadiennes, la méconnaissance de la maladie et la peur de la stigmatisation figurent parmi les facteurs qui empêcheraient 60 % des personnes atteintes d'aller chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé (Lesage et autres, 2006; Statistique Canada, 2002). On rapporte des répercussions majeures de cette stigmatisation, comme éviter ou refuser les traitements par crainte d'être stigmatisé, ce qui peut aggraver l'état de santé et même causer la mort, ou encore retarder la recherche d'un traitement ou cesser précocement un traitement, ce qui nuit au rétablissement. Les professionnels de la santé, dont les médecins, seraient également réticents à demander de l'aide s'ils vivent des troubles mentaux.

Outre cette stigmatisation intériorisée, la stigmatisation provenant d'autrui, tout particulièrement les préjugés qui s'expriment au sein même du système de santé et de services sociaux, a elle aussi des effets néfastes bien connus sur l'accès aux services, de même que sur le rétablissement. Cette stigmatisation au sein du réseau sera détaillée dans la recommandation portant sur la lutte à la stigmatisation au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Reconnaissant l'importance des impacts de la stigmatisation sur les personnes qui en sont la cible et sur la société en général, le Québec a fait de la lutte à la stigmatisation un grand objectif du PASM 2005-2010. Les campagnes de sensibilisation et d'éducation du MSSS s'inscrivent en continuité et en complémentarité avec les actions de divers autres acteurs sociaux touchés par la lutte à la stigmatisation : organismes communautaires et publics de défense des droits et de protection des usagers, ordres professionnels, etc.

> Tout au long de leurs délibérations, « les membres du Forum ont réitéré l'importance de sensibiliser, de former et d'outiller les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier ceux du secteur de la santé mentale, relativement à l'accompagnement de la personne et de ses proches. Les éléments pour lesquels [ils] voient un besoin de formation sont diversifiés : l'écoute du mal-être et l'accueil des émotions suscitées par la maladie; les attitudes et les comportements à adopter vis-à-vis des manifestations de la maladie; l'éthique et les valeurs morales sur lesquelles reposent les interventions ».
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de décembre 2010).

JUDICIARISATION ET CRIMINALISATION

Certaines réformes législatives des dernières décennies ont été mises en œuvre dans le but d'assurer le meilleur équilibre possible entre, d'une part, le respect des libertés et des droits des personnes et, d'autre part, la sécurité du public. Par exemple, la transformation des services en santé mentale procède non seulement d'une logique de réorganisation des services dans un contexte de ressources limitées, mais vise aussi à redonner aux patients leur dignité, leurs droits et leurs libertés. Par ailleurs, la réforme sur la législation en matière d'internement civil a été entreprise en 1994 avec la refonte du Code civil du Québec et du Code de procédure civile, puis avec l'adoption en 1997 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (ci-après nommée loi P-38). Cette réforme traduit un souci de protection des personnes vivant avec un trouble mental et de protection d'autrui, dans le plus grand respect possible des droits fondamentaux. Malgré ces réformes, certaines personnes rencontrées relèvent des situations dans lesquelles il semble qu'il soit difficile de respecter pleinement les droits fondamentaux des personnes atteintes. Ces situations peuvent être mises en parallèle avec les phénomènes de la judiciarisation de la santé mentale et de la criminalisation des personnes aux prises avec un trouble mental, qui soulèvent des enjeux éthiques particuliers.

Alors que le Code civil du Québec stipule que « nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite de cette évaluation concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la Loi ou le tribunal l'autorise » (article 26, alinéa 1), des exceptions sont prévues afin d'assurer la protection de la personne et celle du public. Ainsi, la loi P-38 constitue une loi d'exception en vertu de laquelle il est possible de mettre en œuvre des mesures de garde

involontaire pour les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (voir l'encadré). Ces mesures se traduisent par la détention de la personne, contre son gré, dans un établissement de santé. La privation de liberté et l'atteinte au principe de l'inviolabilité de la personne qu'entraîne l'application de cette loi demandent en contrepartie de veiller à ce que la personne visée par ces mesures, une fois sous garde, reste titulaire de tous ses autres droits.

La garde en établissement

La garde en établissement se décline en trois « étapes » : la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée. Si la garde préventive permet de garder dans un établissement, pour une période de 72 heures, une personne qui présente un risque grave et immédiat pour sa propre sécurité ou celle de son entourage, elle ne donne pas le droit au médecin de procéder à des examens psychiatriques sans le consentement libre et éclairé de la personne. Pour ce faire, l'établissement doit avoir recours, par l'intermédiaire de la Cour du Québec, à la garde provisoire, qui permet au médecin de procéder à deux examens psychiatriques (un examen dans les 24 heures suivant l'ordonnance de garde provisoire et un deuxième 48 heures après l'ordonnance). Enfin, si les examens psychiatrique « concluent qu'il est nécessaire que la personne soit gardée en établissement et que celle-ci ne consent toujours pas à la garde, la Cour du Québec peut rendre un jugement ordonnant à la personne de se soumettre : à une garde d'une durée déterminée par le juge (généralement de 21 à 30 jours); aux examens nécessaires pour déterminer si son état mental représente toujours un danger pour elle-même ou pour autrui » (ministère de la Justice, 2012). C'est ce qu'on appelle la garde autorisée.

Or, dans un rapport d'enquête produit en 2011, la Direction de la santé mentale du MSSS expose comment, à différents niveaux de l'application de la loi P-38, certains éléments font obstacle au plein respect de certains droits de la personne visée. Par exemple, le rapport fait état de nombreux cas où la personne visée par les mesures de garde préventive n'a pas été adéquatement informée de ses droits (droit de refuser un traitement, droit de contacter un avocat, etc.), et même de cas où la personne n'est pas informée du fait qu'elle fait l'objet de l'application de mesures de garde préventive. Par ailleurs, le rapport fait aussi mention du fait que la loi P-38 est appliquée beaucoup trop souvent pour une loi d'exception, ce qui soulève à juste titre des inquiétudes quant au traitement équitable des personnes atteintes d'un trouble mental (MSSS, 2011b).

Certains intervenants estiment que, dans certains cas, une application stricte des dispositions de la loi P-38 et des droits du patient entrave l'efficacité de l'évaluation et la prestation des soins – des gestes qui seraient, selon eux, les meilleures façons d'agir de manière bienveillante envers la personne. En effet, devant des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, les professionnels se trouvent au cœur de tensions éthiques : une vision déontologique et une vision civique du bien du patient semblent se confronter dans la pratique. Le manque de précision quant à la notion de « danger grave

et immédiat » indiqué dans la loi P-38, de même que la difficulté d'évaluer la dangerosité d'un point de vue à la fois psychiatrique et de sécurité publique, y serait pour beaucoup. Des familles et des intervenants du secteur de la santé mentale déplorent le caractère selon eux trop restrictif du critère de danger proposé par la loi P-38. Des familles de personnes atteintes de maladie mentale ont rapporté qu'il leur a parfois fallu attendre que la santé mentale de leur proche se dégrade au point qu'il manifeste des signes de danger graves et immédiats pour lui-même ou pour autrui afin de pouvoir invoquer les mesures de garde et ainsi obtenir des services. Certains souhaiteraient donc que la notion de « danger grave et immédiat » ne se limite pas à l'appréhension d'un « danger physique » (qui commande une protection en matière de détention), mais soit étendue jusqu'à reconnaître le « danger au bien-être » (qui commanderait alors une action thérapeutique).

Par ailleurs, il semblerait que le flou conceptuel entourant la notion de dangerosité puisse conduire à des mesures de garde préventive en réaction à des comportements certes dérangeants, mais pas nécessairement dangereux. En outre, le recours excessif aux mesures de garde préventive traduit le manque de ressources dans la communauté pour faire le suivi des patients et prévenir les crises, plutôt que d'y réagir.

Enfin, plusieurs personnes consultées soulignent qu'il n'est pas dans l'intérêt des personnes, des familles et des psychiatres que la garde en établissement et l'imposition de traitement, par l'ordonnance de traitement[14], fassent l'objet de deux juridictions différentes et de recours distincts[15]. Une personne peut être jugée assez dangereuse pour elle-même et pour autrui pour être gardée contre son gré en établissement, sans toutefois être traitée. Dans la mesure où la personne refuse les traitements, un autre recours doit être amorcé pour lui imposer, par exemple, une médication. Cela nuirait au rétablissement des personnes et à la possibilité d'agir dans leur intérêt. Certains ont mentionné que des psychiatres n'entameraient parfois pas les procédures en raison de la lourdeur de la tâche, même s'ils sont conscients que la personne en crise nécessite des soins.

Le modèle proposé par la désinstitutionnalisation prévoit non seulement la sortie des patients des hôpitaux, mais aussi leur maintien dans la collectivité. Cependant, un avis largement partagé, tant chez les usagers et leur famille que parmi les chercheurs et les professionnels de la santé mentale, est à l'effet que « les ressources n'ont pas suivi ». Selon certains auteurs, cette situation est associée à un risque accru pour les personnes ayant un trouble mental d'avoir des démêlés avec la justice, de même qu'un risque accru d'itinérance (Crocker, 2009). En effet, les personnes ayant un trouble mental grave vivent souvent dans des conditions de pauvreté, ce qui pousse certains d'entre eux à commettre des « délits de survie ». Les personnes ayant un trouble mental grave sont aussi plus susceptibles que d'autres d'avoir un problème d'alcool ou de drogue, alors que la toxicomanie représente en soi un facteur de risque important de criminalité et de violence. Par ailleurs, il appert que, pour le même délit mineur, les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles de se faire arrêter ou accuser que des personnes n'ayant pas de trouble mental (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011a). Pour toutes ces raisons, la proportion de personnes

14. L'ordonnance de traitement permet de traiter une personne contre son gré. Cette autorisation doit être donnée par la Cour supérieure du Québec, à la suite d'une demande faite par un établissement (MSSS, 2009).

15. La garde en établissement est sous la juridiction de la Cour du Québec, alors que l'ordonnance de traitement relève de la Cour supérieure du Québec (MSSS, 2009).

atteintes de troubles mentaux graves est significativement plus grande dans la population carcérale et chez les sans-abri que dans la population en général. Alors qu'environ 1,7 % de la population générale présente un trouble schizophrénique, ce taux s'élève à 6,5-7,5 % dans la population carcérale et à 12,4 % chez les sans-abri. Cette tendance est la même lorsqu'on observe la prévalence de la dépression majeure : 4,9 % dans la population en général, 17 % dans la population carcérale et 32,8 % chez les sans-abri (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011a).

LE DÉFI DU RESPECT DE L'AUTONOMIE ET DU LIBRE-ARBITRE DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL

L'un des plus grands défis éthiques liés à la santé mentale consiste sans doute à trouver le bon équilibre entre, d'une part, la prise en charge de la personne ayant un trouble mental et, d'autre part, le respect de son autonomie et de son libre-arbitre. Ce défi apparaît clairement, par exemple, lorsque les personnes ayant un trouble mental veulent faire une « gestion autonome de leurs médicaments ».

> Selon les membres du Forum, « le respect de l'autonomie d'une personne ayant un problème de santé mentale implique d'accepter de prendre certains risques : le risque que cette personne pose un geste allant à l'encontre de son propre bien, qui engendre des conséquences et qui peut même aggraver son état ». Toutefois, « ces risques doivent être calculés, selon la gravité du cas. La gestion autonome de la médication, par exemple, est une pratique comportant certains risques, mais les membres [...] l'encouragent et la valorisent, dans la mesure où ces risques peuvent être calculés ».
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de décembre 2010).

Le recours aux médicaments pour traiter les troubles mentaux agirait non seulement sur les pratiques professionnelles, mais aussi sur les manifestations mêmes des maladies mentales. Si les psychotropes représentent souvent la première et la principale réponse à la souffrance, certains usagers, membres de l'entourage et intervenants aimeraient qu'une plus grande place soit accordée aux alternatives à ce type de traitement. L'approche de la gestion autonome des médicaments constitue une manière alternative d'aborder la médication. Il ne s'agit pas, comme certains pourraient le croire, de consommer des médicaments de manière isolée, sans conseils de professionnels. Cette approche vise plutôt à permettre à l'usager de se réapproprier son pouvoir personnel vis-à-vis de sa médication. Cela peut se traduire par le fait de s'informer sur les médicaments prescrits, de prendre conscience des limites de cette prescription – compte tenu de son mode de vie particulier et de ses caractéristiques individuelles – ou de s'engager dans un dialogue avec son praticien, tout cela afin de déterminer la manière optimale de consommer ses médicaments (pour maximiser les bienfaits et minimiser les effets secondaires). Si l'approche de la gestion autonome des médicaments s'inscrit de manière cohérente dans les orientations du réseau de la santé et des services sociaux, qui visent à redonner du pouvoir aux personnes, elle n'est pas sans

susciter des inquiétudes chez certains professionnels, qui se demandent comment marier leurs connaissances d'experts avec celles, expérientielles, des personnes qu'ils traitent et encadrent. Le respect de l'autonomie des personnes pose en effet des défis particuliers, comme le fait de respecter un choix qui irait à l'encontre du « bon sens », du point de vue du professionnel, qui a une opinion experte sur les médicaments. C'est pourquoi il peut devenir difficile de soutenir une personne lorsque ses choix vont à l'encontre de ce que dicteraient les pratiques jugées efficaces dans ce domaine.

Traduire en actions concrètes les promesses d'émancipation contenues dans les notions de rétablissement et d'appropriation du pouvoir d'agir est une entreprise particulièrement exigeante, qui demande beaucoup de respect des volontés exprimées par la personne atteinte de troubles mentaux. Tous semblent s'entendre sur la pertinence d'un concept tel que le rétablissement, où l'intervention dépasse l'action sur le symptôme ou la recherche d'une guérison pour mettre plutôt l'accent sur la réappropriation par l'individu du contrôle sur sa vie. Certaines contraintes financières, matérielles et organisationnelles font toutefois obstacle à l'appropriation de ce principe dans la prestation des soins et services dans ce secteur. Pensons par exemple aux difficultés d'accès aux services de psychothérapie ou de suivi en communauté. Certains usagers peinent à obtenir du soutien leur permettant de réintégrer leur vie et leurs rôles sociaux. Une offre de soins et services axée sur le rétablissement suppose donc de remettre en question les façons de faire, mais aussi de donner les moyens aux changements souhaités de se concrétiser. L'appropriation du principe de rétablissement demande du temps et des ressources, de même que la mobilisation des différents acteurs concernés par la prestation des soins et services.

DÉPASSER LES TENSIONS APPARENTES ENTRE « VOULOIR SOIGNER » ET « VOULOIR PROTÉGER LES DROITS »

Les représentants d'organismes de défense des droits consultés corroborent un phénomène souvent rapporté dans la littérature scientifique, à savoir que, sur le terrain, le discours du respect des droits et le discours de l'intervention clinique pour le bénéfice de la personne s'opposent souvent. Cet état de fait est clairement illustré, par exemple, lorsque les familles estiment ne pas pouvoir contribuer de manière positive au plan de soins de leur proche atteint de trouble mental, du fait que les professionnels tiennent à protéger la confidentialité ou les volontés de leur patient. Un autre exemple est celui de certains intervenants qui ne dévoilent pas à un usager, admis selon les modalités de la loi P-38, qu'il est en train de faire l'objet de mesures de garde préventive. En le maintenant dans l'ignorance de ses recours, l'intervenant peut prolonger le maintien en établissement au-delà du délai prévu par la loi. Certains usagers rencontrés rapportent aussi que la meilleure chose qui leur soit arrivée, c'est qu'on les ait obligés à prendre des médicaments contre leur gré.

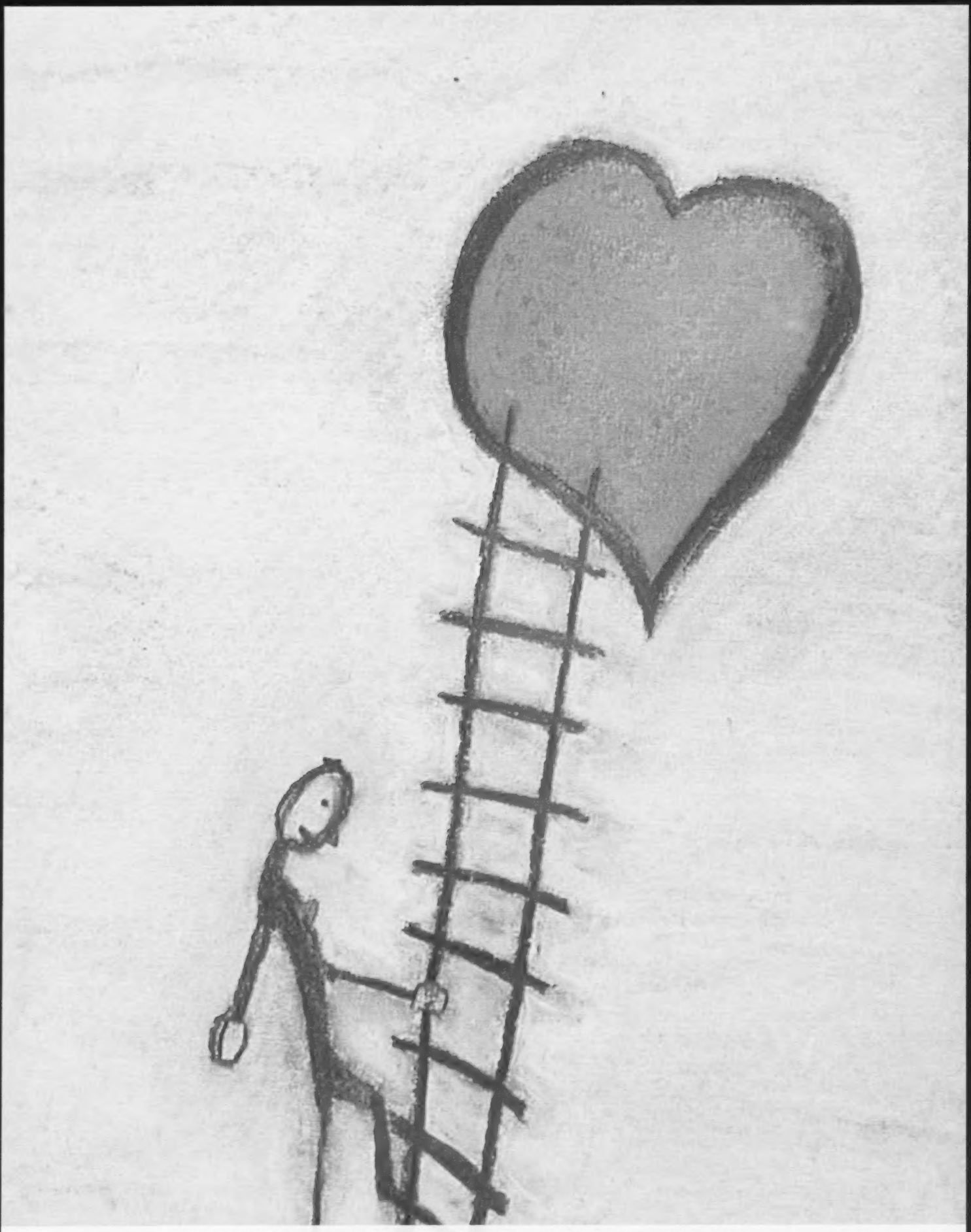
Selon certaines familles et professionnels de la santé, défenseurs d'un certain discours de « bienveillance clinique[16] », il serait souhaitable de revoir les lois et les procédures légales, de façon à faciliter le renouvellement des ordonnances et l'hospitalisation contre le gré de la personne. Certaines personnes faisant partie de l'entourage d'un individu ayant un

16. L'expression est du Commissaire à la santé et au bien-être.

trouble mental proposent même de revoir les critères sur la base desquels on juge de l'aptitude d'une personne à prendre des décisions pour elle-même. Conscientes que cela soulève des enjeux éthiques, elles estiment néanmoins qu'une personne ayant un trouble mental grave et persistant peut ne plus avoir la capacité de choisir pour elle-même, sans pour autant qu'elle présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Elles proposent donc que soit revue la définition du critère de dangerosité prévu à la loi P-38 afin d'élargir ce concept au point d'y inclure une notion de danger pour soi-même, qui découlerait d'une incapacité à prendre une décision éclairée. Dans le raisonnement moral de ces personnes, ces propositions s'attachent bel et bien à une intention bienveillante : l'obtention de soins est ici perçue comme la chose qui aiderait le mieux la personne et les lois, telles que conçues aujourd'hui, comme une entrave à faire le bien. Certains tiennent un discours plus modéré en soulignant que ce n'est pas tant les lois ou les droits de l'usager qui posent problème, mais leur interprétation trop restrictive par certains intervenants de santé.

Certains intervenants en défense des droits ont fait remarquer que les discours qui opposent droits et intervention clinique mettent sur une fausse piste : ils entretiennent la perception d'une opposition irréconciliable. Ces mêmes intervenants rappellent en outre que « [l]es premières personnes qui sont "victimes" de ces tensions, de ces différentes positions (intervenants, familles, groupes de défense), ce sont les personnes avec des troubles de santé mentale » (Groupe de discussion auprès d'organismes de défense des droits en santé mentale, 2010). Ces intervenants insistent pour dire que leur discours, qui prône la défense des droits, ne veut pas s'opposer à l'accès aux soins ou à l'information. Ils souhaitent plutôt que cette opposition soit déconstruite, au profit d'une nécessaire intégration du respect des droits dans l'intervention clinique adéquate, pour le mieux-être de la personne. Ainsi, plutôt que de se concentrer sur les tensions pouvant être ressenties sur le terrain à l'échelle des relations entre les personnes, les intervenants en défense des droits invitent à poser sur la situation une analyse systémique.

Selon les intervenants rencontrés, si cette réconciliation entre droits et pratiques n'est pas encore survenue, c'est parce que la planification des services ne tient pas compte des droits dès le départ. La planification actuelle entraîne, toujours selon eux, un déficit de temps et peut limiter l'attention qu'on porte à l'expérience de l'usager. Ils décrient aussi des tendances sociales profondes, comme le rapport de pouvoir reproduit à travers la stigmatisation, qui maintient les personnes ayant un trouble mental dans une « sous-catégorie » de personnes. Il est aussi possible, expliquent les intervenants en défense des droits, que plusieurs acteurs du milieu de la santé croient de bonne foi que la société québécoise s'est déjà acquittée d'intégrer les droits dans les services de santé et les services sociaux en affirmant la valeur du respect des droits et de la primauté de la personne dans la loi et dans les plans d'action. Or, les atteintes aux droits des usagers en santé mentale sont encore fréquentes et le fait de promouvoir certaines valeurs ne suffit pas : il faut aussi que les pratiques reflètent ces valeurs dans la réalité.



José Bernard • Sans titre • Pastel sec sur papier • Collection: Les Impatients

COMMENT AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE ?

Dans cette section, le Commissaire à la santé et au bien-être présente 5 grandes recommandations pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux dans le secteur de la santé mentale, qui se déclinent en 15 actions concrètes. En ce qui concerne les enjeux touchant l'ensemble de la société québécoise, il propose deux grandes recommandations : l'une visant la lutte à la stigmatisation et l'autre, les efforts à poursuivre en promotion de la santé et en prévention des troubles mentaux. Sur le plan de l'organisation des services du réseau comme tel, il propose deux autres grandes recommandations : l'une concernant la consolidation des services de première ligne et l'autre, l'élargissement du panier de services assurés en santé mentale. Enfin, le Commissaire estime qu'il est essentiel que le ministre de la Santé et des Services sociaux exerce son leadership vis-à-vis des acteurs d'autres secteurs dont l'action est requise afin d'obtenir des résultats sur la santé et le bien-être de la population, en plus de disposer d'indicateurs pouvant témoigner des résultats atteints.

1. METTRE À CONTRIBUTION LE RÉSEAU COMME UN LEVIER PRIVILÉGIÉ POUR ACCENTUER LA LUTTE À LA STIGMATISATION

LA STIGMATISATION

La stigmatisation représente un processus complexe qui affecte la personne atteinte de troubles mentaux et son entourage. Elle exerce un impact négatif sur l'ensemble de la personne, que ce soit pour l'accès aux soins, le logement, l'emploi ou les relations sociales. La personne stigmatisée se retrouve dans une situation de désavantage social, ce qui augmente les risques pour sa santé et sa sécurité, diminue l'accès aux facteurs de protection et s'ajoute au fardeau causé par la maladie (Link et Phelan, 2006). La peur de la stigmatisation ou la stigmatisation elle-même constituent des sources de stress chronique, qui peuvent grandement affecter la santé mentale et physique des personnes touchées (Link et Phelan, 2006).

Tel qu'il a été mentionné dans la section éthique de ce rapport, le jugement négatif de la population à l'égard des personnes présentant un trouble mental constitue un obstacle à l'intégration sociale et à la qualité de vie des personnes et de leur famille. Le phénomène du « pas dans ma cour » témoigne d'ailleurs de la persistance de croyances négatives dans les communautés et l'inclusion des personnes peut être limitée par une intolérance à la différence (Dorvil, 2007). Une telle persistance peut même mener à des comportements discriminatoires, intentionnels ou non.

Le réseau de la santé et des services sociaux lui-même n'est pas étranger au phénomène de la stigmatisation sociale. Selon une étude effectuée au Royaume-Uni, 44 % des personnes ayant un trouble mental ont été victimes de discrimination de la part de leur médecin de famille et 32 %, de la part d'autres professionnels de la santé (Kirby, 2008). La stigmatisation est entre autres documentée dans les services d'urgence, où certains font état d'une priorisation des personnes présentant des maux de nature physique (CSMC, 2008), alors que d'autres relèvent plutôt une stigmatisation découlant de l'attitude, du savoir-être et du non-respect des droits et des personnes dans ce type de services. Or, la stigmatisation perçue dans les services d'urgence a des répercussions particulièrement négatives et déterminantes dans le cheminement du patient : elle peut faire en sorte que la personne retarde son recours aux services en cas de besoin et que son état se détériore et nécessite par la suite des interventions plus complexes (Sartorius et Schulze, 2005).

Les consultations réalisées par le Commissaire dans le cadre de ses travaux indiquent que les personnes atteintes doivent fournir plus d'efforts pour se faire entendre lorsqu'elles se présentent dans un établissement du réseau. Les organismes de défense des droits en santé mentale rencontrés témoignent aussi d'un double standard, d'un traitement différentiel entre les patients des services de santé physique et ceux des services de santé mentale. En effet, un

sondage effectué auprès d'usagers pour aider à la planification des soins dans le sud-ouest de l'Ontario (Stuart, 2003) a révélé qu'un quart des répondants s'étaient sentis stigmatisés par les professionnels de la santé. Cette stigmatisation se manifeste entre autres par la perception d'un manque d'intérêt de la part des intervenants pour l'histoire ou l'opinion de l'usager; l'impression que les intervenants ne croient qu'en un seul traitement pour tous, ce qui laisse peu de place ou discrédite les thérapies alternatives; le diagnostic donné avec un pronostic d'emblée négatif; la perception d'être définis par leurs intervenants uniquement par leur maladie ou leurs déficits, qui mettent de côté leurs forces; etc.

La stigmatisation provenant des intervenants du réseau est vécue de manière d'autant plus accablante par les personnes visées du fait qu'elle est parfois justifiée par un certain discours médical. La personne peut sentir qu'on ne la prend pas au sérieux, qu'on réduit sa personne et sa santé aux seules grandes lignes accompagnant son diagnostic de trouble mental, tel qu'il a été discuté précédemment dans la section éthique au sujet du phénomène de l'*overshadowing*. Si elle tente de négocier le dosage de ses médicaments, si elle manifeste un désaccord avec l'autorité médicale ou si elle tente de faire comprendre ses malaises physiques ou les effets secondaires de ses médicaments, il arrive parfois que l'intervenant n'accorde pas suffisamment d'importance à ces éléments d'expérience subjective et qu'il se contente de les considérer comme des symptômes du trouble mental, plutôt que comme l'expression d'une volonté et l'exercice du libre-arbitre. Dans de tels cas, la personne se sent piégée, dépouillée de son autonomie, de son libre-arbitre et de sa capacité de jugement. La relation de confiance avec l'intervenant, voire envers tout le système de santé et de services sociaux, peut donc s'en trouver entachée. Ce déficit de crédibilité place la personne dans la position inférieure d'un rapport de force entre elle et son intervenant. Selon les usagers et les intervenants de défense des droits consultés, cela se traduit notamment par le fait de devoir fournir plus d'efforts pour se faire entendre, pour réclamer une écoute attentive ou pour obtenir la confiance de la part de son intervenant. Même la volonté de défendre ses droits est parfois ramenée à des symptômes de maladie.

De fait, les personnes consultées ont fait remarquer que, dans le système de santé comme dans la société en général, les préjugés diffèrent selon les troubles auxquels ils se rapportent. Par exemple, aujourd'hui, on exprimera peut-être plus facilement sa compassion envers quelqu'un qui a un diagnostic d'épuisement professionnel (*burn-out*) parce qu' « il s'est trop donné dans son travail », qu'envers quelqu'un qui a un diagnostic de schizophrénie, un trouble auquel l'imaginaire populaire associe souvent le danger et la violence. La prévalence de plus en plus grande de certains troubles anxieux ou dépressifs dans notre société explique peut-être aussi en partie certains changements survenus récemment dans nos représentations de ces troubles. Cela souligne la pertinence, selon certains, des campagnes modulées, telles que certaines campagnes de sensibilisation sur la dépression produites par le MSSS.

En cohérence avec l'existence et les conséquences fortement documentées de diverses manifestations de stigmatisation, l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre des consultations du Commissaire, dont les membres du Forum, qualifie la lutte à la stigmatisation d'enjeu d'actualité, prioritaire et déterminant. On souligne la nécessité de poursuivre les efforts de lutte à la stigmatisation dans l'espace public, puisque de nombreux préjugés et comportements discriminatoires persistent.

« Les membres du Forum jugent fondamental de poursuivre la lutte aux préjugés et à la stigmatisation envers la maladie mentale, notamment par l'éducation. Ils misent également sur l'organisation d'activités de déstigmatisation variées, dans les milieux scolaires et de travail ainsi qu'à l'attention des médias. Ils en appellent à la solidarité sociale, à la mobilisation et à la concertation des collectivités et de l'État pour tisser ensemble une communauté bienveillante dans toutes les régions du Québec, qui favorise la mise en place de conditions de vie favorables à une bonne santé mentale. »

(Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de mars 2011)

Les différentes stratégies répertoriées pour s'attaquer à la stigmatisation

La stigmatisation représente un phénomène complexe qui agit de différentes façons. Actuellement, trois stratégies retiennent particulièrement l'attention des experts et des chercheurs pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination qui y est liée : la protestation, l'éducation et le contact (Corrigan et Watson, 2002).

La protestation vise les représentations négatives ou fausses liées à l'objet de la stigmatisation afin de les remettre en question (Corrigan et Watson, 2002). Elle comporte deux grands messages : d'une part, les médias doivent cesser de diffuser des représentations fausses et négatives sur la maladie mentale et, d'autre part, la population doit arrêter de croire que ces représentations sont fondées. La protestation s'attaque aux représentations négatives, mais participe peu à la promotion d'attitudes plus positives (Corrigan et Watson, 2002). Cette stratégie aurait peu d'impacts bénéfiques durables sur les attitudes et les comportements de la population (Martin et Johnston, 2007).

L'éducation cherche plutôt à transmettre une information juste à la population afin qu'elle se fasse une opinion éclairée sur la maladie mentale. Ainsi, les mythes sont confrontés aux faits. Cette façon de faire entraînerait des changements positifs d'attitudes et serait efficace avec une grande variété de participants. Toutefois, certains remettent en question l'ampleur et la durée de ces impacts dans le temps. Selon les données probantes, se limiter à cette stratégie produirait rarement des changements comportementaux à long terme. Les stratégies d'éducation seraient en effet plus efficaces lorsqu'elles sont combinées à des stratégies de contact (Martin et Johnston, 2007).

Quant à la stratégie de contact, elle favorise les interactions avec des personnes atteintes et des membres de leur entourage. Le contact direct et individuel avec une personne présentant un trouble mental, engagée socialement ou professionnellement, peut faire diminuer chez l'autre personne les représentations qui entretiennent la stigmatisation liée à la maladie mentale. Cet effet serait d'autant plus positif s'il est répété dans le temps (Corrigan et Watson, 2002). Selon un rapport réalisé en 2007 pour le compte de la CSMC, certains critères sont importants pour une expérience réussie : les participants doivent être sur le même pied d'égalité; la situation doit permettre aux personnes en interaction d'apprendre à se connaître; des informations permettant de défaire des préjugés à l'égard de la maladie

mentale doivent être échangées; il doit y avoir des objectifs mutuels à l'exercice; une coopération active des deux parties est nécessaire. Parmi les trois stratégies mentionnées, celle qui semble la plus efficace pour diminuer la stigmatisation est la stratégie de contact (Martin et Johnston, 2007).

Heather Stuart (2005a), du Département de psychiatrie de l'Université Queen's en Ontario, a analysé différents programmes et stratégies de lutte à la stigmatisation envers les maladies mentales. Elle rappelle l'importance d'engager les personnes et les familles dans le développement des programmes, leur évaluation et leur diffusion, afin que les cibles soient bien définies. Par ailleurs, il convient d'avoir des cibles précises avec des publics déterminés parce que, selon elle, il n'y a pas de population générale en matière de lutte à la stigmatisation. À cet effet, elle souligne que les campagnes massives génèrent peu de résultats à long terme.

Depuis plus de dix ans, la lutte à la stigmatisation s'est davantage appuyée sur la diffusion de connaissances et d'avancées scientifiques visant à améliorer la compréhension neurobiologique de la maladie mentale, pour que les maladies mentales puissent être considérées comme des problèmes de santé au même titre que les maux physiques. Or, les campagnes mettant l'accent sur le caractère biologique de la maladie mentale ne semblent pas avoir été efficaces et auraient même aggravé le problème (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012). Une étude américaine récente soutient que les efforts auraient augmenté la compréhension de la maladie mentale, l'acceptation des théories neurobiologiques et l'appui de la population pour un accès à des traitements (Pescosolido et autres, 2010). Cette même étude démontre toutefois le peu d'impacts de telles campagnes sur la réduction de la stigmatisation dans la population, et même une augmentation de certaines attitudes en lien avec la stigmatisation. En fait, l'explication neurobiologique de la maladie mentale renforcerait la croyance selon laquelle les personnes présentant certains diagnostics sont imprévisibles et potentiellement dangereuses.

La lutte à la stigmatisation auprès des professionnels de la santé et du réseau

Plusieurs initiatives de lutte à la stigmatisation ont ciblé les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Changer les mentalités

La CSMC a lancé en 2009 l'initiative *Changer les mentalités*, qui constitue le plus vaste effort entrepris jusqu'à maintenant au Canada pour la réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale. L'initiative a d'abord été conçue pour déterminer et évaluer, toujours en partenariat, des programmes de lutte à la stigmatisation dans le but de diffuser plus largement ceux dont l'efficacité serait démontrée. *Changer les mentalités* travaille présentement à l'examen de 45 projets avec 65 partenaires partout au Canada. Dès le départ, quatre groupes ont été ciblés : le personnel soignant, les jeunes de 12 à 18 ans, les milieux de travail et les médias. Le groupe du personnel soignant a été ciblé en raison de leur contexte particulier (manque de temps et de formation, pression, etc.). Ce choix découle également d'expériences stigmatisantes rapportées par des usagers de services de santé de première ligne atteints de maladie mentale. L'initiative vise à développer des connaissances et des outils permettant d'implanter des projets et des programmes qui ont fait leurs preuves en matière de lutte à la stigmatisation.

Source : CSMC, site Internet – 1.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le fait que plusieurs initiatives de lutte à la stigmatisation ont ciblé en priorité les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Tout d'abord, de nombreuses expériences de stigmatisation rattachées aux services de santé mentale, aux services psychiatriques ou aux services généraux ont été rapportées. De plus, les campagnes ont tendance à cibler des groupes qui ont des rapports fréquents avec les personnes atteintes de maladie mentale, puisque l'impact négatif de la stigmatisation est alors significatif. L'amélioration, même si elle est minime, améliorera visiblement la qualité de vie des personnes (Stuart, 2005b). Les professionnels de la santé sont donc sollicités parce qu'ils peuvent jouer un rôle de premier plan en matière de lutte à la stigmatisation. Cependant, changer les attitudes et les comportements dans ce secteur n'est pas simple. Les professionnels de la santé sont très occupés et les messages pour diminuer la stigmatisation liée à la santé mentale peuvent ne pas être priorisés. Néanmoins, trouver du temps et mobiliser le personnel et les étudiants pour des activités de contact peut en valoir la peine (Stuart, 2005b). Des facteurs de succès balisent les actions dirigées vers les groupes cibles, tels les professionnels de la santé, en matière de lutte à la stigmatisation. Certains groupes de professionnels ont toutefois priorisé la lutte à la stigmatisation. C'est notamment le cas de l'Association des psychiatres du Canada (APC) (voir l'encadré ci-après).

L'engagement de l'Association des psychiatres du Canada dans la lutte à la stigmatisation

L'APC a créé en 2007 un groupe de travail dont la priorité est la diminution de la stigmatisation et de la discrimination associées aux personnes atteintes de maladie mentale et leur famille ainsi qu'aux professionnels œuvrant en santé mentale. Autant par ses activités de formation avec les résidents que dans sa façon d'interagir avec le patient et les médias, le psychiatre est appelé à être conscient et proactif dans ses responsabilités en matière de lutte à la stigmatisation. Par exemple, l'école est considérée comme un lieu de dialogue pour aborder stigmatisation et discrimination. Les expériences de contact avec des personnes rétablies dans les activités de formation contribuent à réduire des comportements et des attitudes discriminatoires, en plus de remettre en question les stéréotypes négatifs dont font l'objet les personnes atteintes de maladie mentale dans la société. Les façons de combattre la stigmatisation et la discrimination doivent aussi être abordées dans le programme d'étude. Le psychiatre universitaire se doit de donner l'exemple, d'être conscient de ses attitudes et comportements et de se remettre en question. Le psychiatre peut entretenir des croyances négatives et adopter une vision pessimiste en fonction de contacts répétés à des cas graves et réfractaires aux traitements. Il se doit donc d'être vigilant, de dénoncer et de qualifier d'inacceptable la stigmatisation envers la maladie mentale lorsqu'il en est témoin. L'APC incite également ses membres à discuter de stigmatisation, de discrimination, d'inclusion sociale et de divulgation de la maladie psychiatrique dans son travail clinique auprès des patients et des familles. On recommande l'inclusion d'un programme qui favorise la santé mentale, le rétablissement et l'amélioration de la qualité des traitements. Les psychiatres doivent aussi avoir une idée des ressources disponibles et inciter les usagers et les familles à développer leurs propres mécanismes de lutte à la stigmatisation et à la discrimination. Le fait de voir des patients dans des contextes plus variés, tels que des activités de formation ou des réunions non cliniques, est un autre exemple d'action de contact direct qui participe à amoindrir la séparation entre le « nous » et le « eux ». Finalement, l'APC fait la promotion d'une relation de collaboration avec le patient et incite à favoriser sa participation active dans les processus de diagnostic, de traitement, de recherche et de travail des agences et des organismes. Elle veut sensibiliser les psychiatres à l'ouverture, au partage et à la communication par rapport à leur propre santé mentale et à celle de leurs collègues, ce qui ne peut que favoriser la diminution de la stigmatisation associée à la maladie mentale.

Source : Abbey et autres, 2011.

LA SITUATION AU QUÉBEC

Reconnaissant l'importance des impacts de la stigmatisation sur les personnes qui en sont la cible et sur la société en général, le Québec fait de la lutte à la stigmatisation un grand objectif du PASM 2005-2010. Dans ce plan d'action, le MSSS invite le réseau et les partenaires à réaliser des activités d'information et de sensibilisation afin de réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale et aux personnes ayant fait une tentative de suicide. On précise que les activités fondées sur l'information et l'éducation en santé mentale obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont ancrées dans le quotidien des gens et maintenues dans le temps. On incite les CSSS à adapter les messages nationaux sur le plan local.

En 2007, le MSSS a réalisé une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur la dépression, qui s'est déployée en quatre phases. Le thème de la dépression a été ciblé en raison de l'incidence de la maladie et des nombreux préjugés qui l'entourent. La campagne abordait d'abord les préjugés entourant la dépression en insistant sur le fait que la dépression est une maladie qui peut frapper n'importe qui. Cette campagne s'adressait à la population générale. L'évaluation de cette campagne démontre qu'il y aurait des changements de perception dans la population en ce qui concerne la dépression. Elle indiquait toutefois la nécessité d'adapter le placement publicitaire pour joindre plus particulièrement les groupes de population où les préjugés semblent être davantage cristallisés (Lepage et Delorme, 2009). Au niveau régional et local, des agences ont soutenu financièrement des actions locales de lutte à la stigmatisation et plusieurs CSSS ont collaboré avec des partenaires du milieu communautaire pour combattre les préjugés.

Deux initiatives retiennent l'attention du Commissaire en matière de lutte à la stigmatisation. Il s'agit des travaux du Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM) et du concept de pairs aidants.

Le Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale

Le GPS-SM a été créé en 2010, à l'initiative de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) et avec le soutien du MSSS. Il réunit une quinzaine d'associations, d'organismes régionaux et provinciaux ainsi que d'autres acteurs concernés par la lutte à la stigmatisation en santé mentale. Ce groupe vise la réduction de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles font face les personnes vivant ou ayant vécu un trouble mental ainsi que les membres de leur entourage. La réflexion du GPS-SM se base sur différentes sources de savoirs alliant les connaissances scientifiques, expérientielles et pratiques. Actuellement, il œuvre à la réalisation d'un guide des meilleures orientations, stratégies et actions à prioriser et il vise la mise en place d'un projet commun et provincial en la matière.

Les pairs aidants

L'apport du soutien par les pairs – que ce soit par les groupes d'entraide, les organismes « par » et « pour » les personnes atteintes de maladie mentale ou par l'intégration de pairs aidants dans les services de santé mentale – est documenté dans un nombre croissant de publications. La multiplication des projets depuis les dix dernières années a permis au soutien par les pairs de s'inscrire dans les bonnes pratiques fondées sur les données probantes (O'Hagan et autres, 2010). Les pays, notamment les États-Unis, l'Australie et l'Angleterre, sont de plus en plus nombreux à embaucher des pairs aidants salariés afin de favoriser une pratique axée sur le rétablissement (Provencher, Gagné et Legris, 2012). « Le concept de "pair-aidant" considère que les personnes qui ont vécu et surmonté un problème de santé mentale peuvent apporter une expertise spécifique pour soutenir leurs pairs dans leur rétablissement. Un accompagnement original qui impulse une dynamique nouvelle et recadre la rechute dans un processus d'évolution positif plus global. » (Le Cardinal et autres, 2008, p. 69).

Des études démontrent qu'une proximité avec les usagers a le potentiel d'amener les professionnels de la santé à prendre conscience de leurs préjugés et à les remettre en question. De plus, le regard du pair aidant permet de faciliter la compréhension de la problématique de l'usager et ainsi de cibler les stratégies de soutien les plus appropriées. Étant un modèle positif de rétablissement, le pair aidant agit comme un levier en matière de lutte à la stigmatisation et à l'autostigmatisation chez les usagers et les familles, dans la communauté et dans les services de santé mentale. Des études font également état de l'impact du soutien des pairs, notamment à l'égard de la diminution des symptômes et du nombre de jours d'hospitalisation des personnes utilisatrices.

Le PASM 2005-2010 ciblait l'intégration de pairs aidants dans les équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable pour soutenir dans la communauté les personnes les plus vulnérables. La présence de pairs aidants dans 30 % des équipes sur une période de cinq ans était visée. En 2011, soit environ trois ans après la formation de la première cohorte, on comptait environ 90 pairs aidants certifiés (AQRP, 2011). En lien avec la réalisation de cette mesure, le MSSS participe depuis 2006 au programme Pairs Aidants Réseau de l'AQRP et de l'Association des personnes utilisatrices des services de santé mentale de la région de Québec. Ce programme fait notamment de la promotion et de la sensibilisation à l'égard des milieux pour l'embauche et la formation de pairs aidants, de même que pour le soutien à l'équipe et au pair aidant à la suite de l'embauche. Une recherche québécoise publiée en 2012 sur l'intégration des pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté fait état de plusieurs retombées positives liées à l'intégration du pair aidant (Provencher, Gagné et Legris, 2012). Outre la promotion de l'espoir et la consolidation du pouvoir d'agir rapportées par les usagers, l'intégration des pairs aidants renforcerait, chez les professionnels, la vision positive de la clientèle.

QUELLES SONT LES OPTIONS À PRIVILÉGIER ?

Il se dégage de la littérature consultée les éléments suivants :

- Le développement d'initiatives ou d'actions de lutte à la stigmatisation doit se faire avec la contribution d'usagers et de familles afin que les messages et les objectifs soient ciblés et formulés adéquatement. De plus, la participation et la représentation des usagers constituent en soi des facteurs de diminution de la stigmatisation.
- La lutte à la stigmatisation nécessite l'utilisation de stratégies de contact avec des personnes qui témoignent de leurs expériences concernant la maladie mentale et le rétablissement. Des projets basés sur de telles stratégies ont été implantés dans des endroits à haut risque de stigmatisation, comme dans des écoles secondaires, des stations de police et des milieux de travail.
- Pour être efficaces, les actions de lutte à la stigmatisation doivent s'adresser à des groupes cibles.
- Les professionnels de la santé jouent un rôle fondamental dans l'expérience de soins du patient, déterminante pour le rétablissement de ce dernier. Le réseau de la santé et des services sociaux se doit donc d'être un modèle en matière de lutte à la stigmatisation et à la discrimination.

Le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

1. METTRE À CONTRIBUTION LE RÉSEAU COMME UN LEVIER PRIVILÉGIÉ POUR ACCENTUER LA LUTTE À LA STIGMATISATION

Plus précisément, voici les actions à entreprendre :

1.1 Rendre disponibles à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux des programmes de sensibilisation et d'information relatifs à la réalité vécue par les personnes ayant des troubles mentaux et par les membres de leur entourage.

1.2 Diversifier les stratégies de lutte à la stigmatisation au sein du réseau :

- en favorisant la stratégie de contact avec des personnes atteintes et des membres de leur entourage;
- en accentuant la participation des pairs aidants dans les soins et services en santé mentale.

2. AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX EN CIBLANT PRIORITAIREMENT LES ENFANTS ET LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS

LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE

En 1986, la charte d'Ottawa, adoptée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, affirmait l'importance de la promotion de la santé. Celle-ci est définie dès lors comme le fait d'« élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, réorienter les services de santé et acquérir des aptitudes individuelles » (Morin, 2007, p. 441). En 2005, la charte de Bangkok a réitéré les postulats de la charte d'Ottawa, réaffirmé ses valeurs, ses principes et son orientation stratégique générale, tout en donnant de nouvelles perspectives à la promotion de la santé (Steenberghe et St-Amand, 2006).

L'OMS définit la promotion de la santé comme « un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes » (OMS, 1999, p. 1-2). Quant à la promotion de la santé mentale, elle réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités (INSPQ, 2008a). Elle cible « l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celle des individus » (INSPQ, 2008a, p. 10). La promotion de la santé mentale consiste donc, entre autres, à agir sur les déterminants des troubles mentaux et les déterminants sociaux de la santé, ce qui nécessite d'interpeller plusieurs acteurs, venant de différents secteurs de la société, qui doivent travailler de manière concertée afin de contribuer à créer des environnements favorables à une bonne santé mentale.

La prévention de la maladie se distingue de la promotion de la santé, car elle comprend des mesures qui visent à empêcher l'apparition de la maladie, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences (OMS, 1999). Selon l'OMS, on distingue trois niveaux d'intervention en prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie ou d'un trouble en agissant sur les facteurs de risque présents dans l'environnement. La prévention secondaire cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et de ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié. Quant à la prévention tertiaire, son objectif consiste à réduire

le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace (OMS, 1999). La prévention des troubles mentaux vise ainsi à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition de problèmes (OMS, 2004b).

Pourquoi investir en promotion et en prévention ?

Selon l'OMS, les troubles mentaux, spécifiquement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans le monde (OMS, 2011a). La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux se révèlent donc plus que jamais incontournables. Les impacts importants que les troubles mentaux ont sur les individus et les familles, ainsi que leurs impacts économiques, exercent une pression de plus en plus grande sur les systèmes de santé et sur la société.

Les troubles mentaux ont des impacts considérables sur les individus qui en sont atteints, sur leur famille et sur leur entourage, et ce, dans plusieurs aspects de leur vie. De plus, la majorité des troubles mentaux apparaissent tôt, soit pendant l'enfance, l'adolescence ou au début de la vie adulte. Lorsque les enfants et les adolescents atteints de troubles mentaux ne sont pas traités efficacement, cela risque d'affecter gravement leurs perspectives d'avenir sur le plan social, éducatif et professionnel (OMS, 2005). Comme il a été mentionné précédemment, une association étroite existe entre troubles mentaux et suicide et on note une surmortalité associée aux troubles mentaux (INSPQ, 2012b). On constate aussi des impacts financiers sur les familles de personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi qu'un niveau de détresse élevé (FFAPAMM, site Internet).

Mieux agir en promotion et en prévention peut permettre de diminuer les coûts associés aux troubles mentaux, l'absentéisme au travail, les rechutes, la chronicité, l'incidence du suicide, la surmortalité et, de façon générale, l'ensemble des impacts des troubles mentaux pour les personnes atteintes, leur famille et l'ensemble de la société. D'ailleurs, de plus en plus d'études tendent à démontrer les coûts importants à long terme du non-traitement des troubles mentaux (Knapp et autres, 2002; Scott et Henderson, 2001). D'autres études ont souligné un retour sur l'investissement des activités de promotion et de prévention en santé mentale (ICIS, 2011b; Zechmeister, Killian et McDaid, 2008). L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), dans une étude menée en 2011, s'est d'ailleurs donné comme mandat de passer en revue l'ensemble des preuves de la littérature scientifique associé à un retour sur l'investissement des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. Cette étude révèle que les preuves les plus concluantes se trouvent dans les interventions pour enfants et adolescents : « L'évidence relativement au retour sur l'investissement qui soit la plus forte concerne les enfants et les adolescents dans les domaines de la diminution des troubles de comportement et de la dépression, des programmes d'amélioration des capacités parentales et de prévention de l'intimidation et de la stigmatisation, de la sensibilisation au suicide et de sa prévention, de la promotion de la santé en milieu scolaire et du dépistage en première ligne de la dépression et de l'abus de l'alcool. » (ICIS, 2011b, p. V – traduction libre). Par exemple, au Royaume-Uni, une étude a démontré que la prévention des troubles du comportement chez les enfants qui sont les plus perturbés permettrait d'économiser à long terme environ 237 000 $ canadiens par

enfant traité (Friedli et Parsonage, 2009). Zechmeister, Killian et McDaid (2008), quant à eux, se sont intéressés à la notion de coût-efficacité des programmes dans le secteur de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux. Les résultats de leur étude indiquent aussi que les programmes les plus efficaces visent la petite enfance.

L'importance de la promotion et de la prévention pour améliorer la santé et le bien-être des autochtones fait également l'objet d'un large consensus : que cela soit la Commission royale sur les peuples autochtones (1994-1996), les chercheurs ou les organisations en santé autochtone, tous préconisent l'investissement en promotion et en prévention pour agir efficacement et durablement sur les problèmes sociaux et leurs effets délétères. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) va dans le même sens dans son plan directeur 2007-2017 : « Seule une approche globale associant prévention et promotion de la vie peut faire reculer sur une base durable les problématiques qui sévissent dans diverses catégories sociales des Premières Nations. Les services luttant contre la violence, la détresse psychologique, le suicide, l'alcoolisme, la drogue, le jeu pathologique, etc. ne peuvent agir efficacement sans synergie et complémentarité. » (CSSSPNQL, 2012, p. 48).

QUELLE CLIENTÈLE VISER ?

Des personnes consultées par le Commissaire ont indiqué que les actions de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux devraient s'adresser à l'ensemble de la population, afin d'augmenter les facteurs de protection de la santé mentale et de diminuer les facteurs de risque des troubles mentaux. Cependant, plusieurs, dont les membres du Forum, ont considéré les enfants et les adolescents comme des groupes prioritaires envers qui cibler ces actions.

> « [...] la prévention, sur le plan de la santé mentale, doit se faire dès le plus jeune âge : on doit favoriser le dépistage et agir précocement par des moyens concrets. Il faut promouvoir les comportements sains auprès des jeunes (tels que la bonne alimentation, la pratique de l'exercice physique et les activités au grand air) et mettre de l'avant des modèles pour donner l'exemple. [...] Il faut informer les jeunes sur les comportements qui sont propices au développement d'une bonne santé mentale et sur ceux qui le sont moins. Le contact humain avec des amis est aussi un moyen de prévenir les problèmes de santé mentale, étant donné qu'il permet notamment d'éviter l'isolement. Valoriser le rôle des jeunes dans la société d'aujourd'hui et celle de demain est aussi mentionné. »
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010).

Dans le monde, on estime que près de 20 % des enfants et des adolescents auront un jour ou l'autre un trouble mental (Unicef, 2011; OMS, 2005). Au Canada, la prévalence d'au moins un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur chez les 15 à 24 ans serait de 13,2 % (ISQ, 2010). Calculée sur une période de 12 mois, la prévalence des troubles mentaux est plus élevée pour cette tranche d'âge que pour toutes les autres. Au Québec, une étude réalisée par le MSSS (2007) révèle que, parmi les jeunes hébergés en centre jeunesse, 45 % auraient un diagnostic de trouble mental. Indépendamment des différences constatées selon le sexe et l'âge, la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes en centre jeunesse se répartirait de la façon suivante :

- trouble mental léger à modéré : 14,26 %;
- trouble mental grave combiné à d'autres troubles mentaux ou à un abus de substance : 13,37 %;
- plusieurs troubles mentaux légers à modérés : 8,50 %;
- trouble mental grave : 4,29 %;
- trouble envahissant du développement ou déficience intellectuelle : 3,90 %.

Cette étude indique aussi que le diagnostic le plus fréquent chez les jeunes hébergés en centre jeunesse est le TDAH.

Par ailleurs, plusieurs études indiquent que la majorité des troubles mentaux qui perdurent pendant l'âge adulte auraient commencé à se manifester très tôt dans la vie, soit pendant l'enfance ou l'adolescence. Ainsi, de 70 % à 80 % des troubles mentaux présents chez les adultes auraient débuté avant l'âge de 25 ans (Unicef, 2011; Burns et autres, 2007; Leitch, 2007). Cette apparition précoce des troubles mentaux est susceptible de perturber les études et l'accès au marché du travail et ainsi d'avoir des répercussions, entre autres, sur la vie sociale et l'intégration en emploi des personnes atteintes de troubles mentaux, mais aussi sur la productivité de la société.

LA SITUATION AU QUÉBEC

Les différents acteurs du réseau et leur rôle en promotion et en prévention

La promotion et la prévention dans le secteur de la santé mentale font partie des responsabilités du ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Programme national de santé publique (PNSP) présente les activités de promotion et de prévention qui sont mises en œuvre afin d'agir sur les déterminants de la santé dans ses dimensions physique et psychosociale. Les activités et les objectifs prévus dans le PNSP sont repris dans les plans d'action régionaux de santé publique, par les directions régionales de santé publique, et dans les plans d'action locaux, mis en œuvre dans la plupart des CSSS. Ceux qui sont liés à la santé mentale se trouvent principalement dans le domaine d'intervention du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale et visent les clientèles cibles suivantes : les jeunes enfants et

leurs parents, les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. D'autres sont rattachés au domaine d'intervention de la santé en milieu de travail ou visent de façon plus globale l'action sur des facteurs de protection ou de risque liés à la santé et au bien-être.

Le PASM 2005-2010, quant à lui, incluait un objectif sur la prévention du suicide[17]. Cette mesure s'appuyait sur les taux de suicide et sur les données relatives à l'utilisation des services par les personnes suicidaires : elle ciblait donc l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité et des personnes à potentiel suicidaire élevé. Au niveau national et régional, les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et le MSSS devaient sélectionner et soutenir « la mise en œuvre de projets pilotes visant la mise en place et l'évaluation d'interventions destinées à rejoindre (*reaching out*) les hommes adultes en situation de vulnérabilité et à intervenir efficacement auprès d'eux » (MSSS, 2005, p. 59). Au niveau local, les interventions visaient à apporter un soutien individuel ou de groupe aux personnes en difficulté ou en situation de crise, prioritairement aux hommes et aux jeunes âgés de 15 à 25 ans, ce qui requérait la collaboration entre les CSSS et les organismes communautaires. Conformément à la cible, 60 % des régions devaient créer des projets pilotes pour 2007. Selon l'évaluation du PASM 2005-2010, réalisée par le MSSS[18], cette cible aurait été atteinte et aurait même été dépassée, puisque 12 projets pilotes ont été lancés et complétés dans 11 régions du Québec. Par ailleurs, d'autres programmes de prévention du suicide existent et semblent avoir fait leurs preuves au Québec. C'est le cas notamment des réseaux de sentinelles en prévention du suicide[19], mis en place par le MSSS, en collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). Ailleurs au Canada, d'autres programmes du même ordre, mais visant la prévention et le dépistage des troubles mentaux, peuvent être inspirants, tels que le cours de premiers soins en santé mentale de la CSMC (voir l'encadré).

Le cours de premiers soins en santé mentale de la CSMC

Le cours de premiers soins en santé mentale de la CSMC, offert au Canada depuis plus de quatre ans, veut enseigner aux gens comment réagir dans des situations d'urgence liées à la santé mentale. Il leur permet ainsi de mieux gérer l'apparition ou le développement de troubles mentaux potentiels chez eux, un membre de la famille, un ami ou un collègue. Ce programme n'enseigne pas aux gens à devenir thérapeutes, mais à reconnaître les signes et les symptômes liés aux maladies mentales, à prodiguer les premiers soins et à guider la personne vers les services d'aide appropriés. Il s'agit en quelque sorte d'un programme qui permet de former des sentinelles en santé mentale, un peu sur le modèle québécois des sentinelles en prévention du suicide.

Source : CSMC, 2008.

17. Le PASM 2005-2010 est en continuité avec la Stratégie québécoise d'action face au suicide, lancée en 1997 pour une durée de cinq ans (1997-2002). Des efforts concertés de prévention du suicide ont donc été déployés avant le PASM.

18. Bien que les résultats de cette évaluation ne soient pas encore rendus publics, le Commissaire a pu y avoir accès.

19. La formation de sentinelles en prévention du suicide, qui se donne partout à travers le Québec, a été conçue par l'AQPS. Leur rôle est d'établir le contact avec la personne en détresse et d'assurer le lien entre cette personne et les ressources d'aide du territoire (AQPS, site Internet).

En 2008, l'INSPQ publiait un avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Le modèle conceptuel présenté par l'INSPQ stipule ainsi qu'il faut, d'une part, augmenter l'effet des catégories de facteurs de protection et, d'autre part, diminuer l'effet des catégories de facteurs de risque. Le modèle met aussi l'accent sur l'importance d'agir sur des catégories de facteurs liées plus spécifiquement à la promotion de la santé mentale, soit de renforcer l'influence positive des environnements favorables et de l'inclusion sociale et de diminuer l'influence négative des environnements défavorables et de l'exclusion sociale (INSPQ, 2008a).

Lors des consultations du Commissaire, plusieurs acteurs clés ont souligné le rôle important de la première ligne de services en matière de dépistage et d'intervention précoces, d'éducation à la santé, de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. Selon eux, les contraintes organisationnelles et les ressources limitées de la première ligne nuisent notamment à la capacité du système de santé et de services sociaux de mener suffisamment d'actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. Les CSSS n'implanteraient d'ailleurs que très peu d'interventions à cet égard. Selon ces mêmes acteurs, les actions de promotion et de prévention devraient se faire dans les milieux de vie, en contexte communautaire, mais aussi dans les écoles et dans les milieux de travail. À cet effet, notons une initiative réalisée dans le cadre de la campagne « T'as juste 1 vie » (voir l'encadré).

Collaboration du MSSS et du projet Wapikoni mobile

Le MSSS s'est associé au Wapikoni mobile dans le cadre de la campagne « T'as juste 1 vie », campagne d'information et de sensibilisation pour la prévention des dépendances à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent auprès des jeunes autochtones. Depuis près d'une dizaine d'années, le Wapikoni mobile sillonne les communautés des Premières Nations et donne l'occasion aux jeunes autochtones de pénétrer les foyers de création culturels, tout en restant dans leur communauté. Le processus de création est une occasion pour les jeunes de revisiter et de partager leur histoire. C'est aussi une source de valorisation qui renforce l'estime de soi et la fierté d'être autochtone. La campagne invitait les jeunes autochtones à réaliser un film ou un vidéoclip sur le thème des dépendances, et ce, dans leur communauté. Les films produits ont permis de montrer les réalités autochtones sous un jour moins sombre et pessimiste que ce que les chiffres et les préjugés tendent à représenter.

Source : MSSS, 2012b.

Différents programmes de promotion et de prévention existent dans les milieux de travail, dont une démarche qui mène à une certification, la norme « Entreprise en santé », créée en 2004 par un organisme sans but lucratif, le Groupe de promotion pour la prévention en santé. Ce groupe soutient les entreprises dans l'intégration des meilleures pratiques de la santé globale au travail afin de favoriser la santé des individus et la compétitivité des entreprises (BNQ, site Internet).

> Selon les membres du Forum de consultation, « [l]e milieu de travail doit également être mis à contribution pour prévenir les troubles communs ou modérés chez les adultes, mais il faut aller au-delà de l'instauration de programmes d'aide aux employés ». Plusieurs ajoutent qu'« il faut sensibiliser les milieux de travail pour qu'ils proposent des formations pertinentes en santé mentale et des programmes d'aide au personnel, surtout à l'égard des troubles modérés, qui peuvent, en plus de causer de l'absentéisme, générer des préjugés dans l'entourage d'une personne qui présente des signaux de détresse psychologique ».
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010).

Selon certains acteurs consultés, il est impératif de reconnaître collectivement que la santé mentale et son maintien constituent un investissement social majeur. Pour eux, la promotion de la santé mentale doit devenir une priorité d'action, de financement et de concertation intersectorielle. La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux interpellent effectivement plusieurs secteurs, dont les efforts doivent être concertés autour d'objectifs communs. Selon l'OMS, l'approche fondée sur les déterminants sociaux vise à créer des environnements favorables à une bonne santé mentale et fait appel à tous les secteurs de la société.

Si les actions de promotion et de prévention doivent se faire dans les milieux de vie, tel que le suggèrent les résultats des consultations du Commissaire, cela implique une collaboration étroite entre différents secteurs, dont ceux de la santé et des services sociaux, de l'éducation et de l'emploi. Ces secteurs doivent ainsi s'entendre sur des objectifs communs en matière de promotion de la santé et de prévention. À cet effet, l'approche École en santé peut être citée en exemple. Elle représente un levier de concertation efficace pour promouvoir la santé en milieu scolaire, dont la santé mentale.

QUELLES SONT LES OPTIONS À PRIVILÉGIER ?

Le Commissaire a déjà souligné, dans ses précédents rapports d'appréciation, l'importance de la promotion et de la prévention. Dans son rapport de 2010, qui portait sur les maladies chroniques, il recommandait, entre autres, d'adopter des politiques et de créer des milieux de vie favorables à la santé, ainsi que d'accroître les capacités des personnes à adopter de saines habitudes de vie et à prévenir les maladies chroniques au sein des communautés dans un contexte de promotion de la santé. Le rapport de 2011, qui traitait de la périnatalité et de la petite enfance, misait également sur la promotion de la santé et la prévention pour réduire l'occurrence des problèmes de santé et de développement chez les enfants et recommandait que « le ministre de la Santé et des Services sociaux demeure activement impliqué dans les efforts intersectoriels ciblant les déterminants sociaux, en particulier dans la lutte contre la pauvreté » (CSBE, 2011b, p. 186). Le Commissaire recommandait également de « renforcer les mesures de promotion et de prévention qui sont déjà promues par le Programme national de santé publique et d'autres politiques ou plans d'action gouvernementaux et qui

touchent à la clientèle des femmes enceintes et des jeunes enfants » (CSBE, 2011b, p. 186). À l'égard de la santé mentale, il réitère l'importance de créer des milieux de vie favorables à la santé et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. À cette fin, il importe que les actions entreprises en promotion et en prévention le soient sur une base intersectorielle, comme c'est le cas également dans les autres thèmes abordés.

Au Québec, il existe plusieurs programmes et initiatives en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. Plusieurs acteurs rencontrés ont toutefois mentionné que la promotion de la santé et la prévention des troubles mentaux devraient être une priorité sur le plan politique et qu'un travail interministériel permettrait de mettre en place une approche structurée et cohérente à cet égard. Une stratégie en promotion de la santé et en prévention des troubles mentaux permettrait de développer des politiques favorables à la santé mentale et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, ainsi que sur les facteurs de protection et de risque des troubles mentaux. Il est à noter que le 7 mai 2012, dans le cadre de la Semaine nationale de la santé mentale, 6 organisations, représentant plus de 375 organismes du Québec, lançaient un appel au gouvernement québécois pour mettre en œuvre une réelle politique québécoise en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux.

Les constats de la littérature et des consultations du Commissaire permettent de conclure que, si les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux doivent s'adresser à l'ensemble de la population, elles doivent quand même cibler de manière prioritaire les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Une telle stratégie permettrait notamment de fixer les objectifs à atteindre en la matière et de mobiliser les différents acteurs de la société québécoise pouvant contribuer à créer des environnements favorables à l'atteinte et au maintien d'une bonne santé mentale pour tous.

Le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les ministères et les acteurs de la société civile concernés, de :

2. AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX EN CIBLANT PRIORITAIREMENT LES ENFANTS ET LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS

Plus précisément, voici l'action à entreprendre :

2.1 Développer et mettre en œuvre une stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux, qui met l'accent sur les enfants et les jeunes de moins de 25 ans.

3. CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

L'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE

Au cours des trente dernières années, les systèmes de santé en général, et le secteur de la santé mentale en particulier, ont connu d'importantes réformes dans l'optique d'améliorer la santé de la population, mais aussi de rendre les soins et services plus efficaces et plus équitables. Depuis les années 1990, les tendances mondiales en matière de santé consistent, entre autres, à favoriser le développement et l'organisation des soins de première ligne afin qu'il y ait moins de personnes qui se dirigent vers les hôpitaux et les services spécialisés (Desjourdy, 2009). Le Québec s'inscrit dans cette tendance.

En ce qui concerne les soins et services offerts dans le secteur de la santé mentale, l'OMS considère que leur intégration dans les soins de première ligne apparaît comme la façon la plus viable de s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux aient accès rapidement aux soins et services de santé mentale dont ils ont besoin. Selon cet organisme, l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires permettrait d'augmenter l'accessibilité des services, d'améliorer la qualité des soins et d'éliminer le gaspillage résultant de recherches inutiles et de traitements non spécifiques et inappropriés (OMS, 2008). Ce renforcement de l'utilisation de la première ligne dans le secteur de la santé mentale a été adopté avec des modalités différentes dans l'ensemble des provinces canadiennes. Selon les données disponibles, il appert qu'au Québec, les personnes qui consultent pour des troubles mentaux s'adressent surtout à la première ligne médicale (médecins généralistes) ou aux psychologues (ISQ, 2010).

Au Québec, l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi n° 25) en décembre 2003 et le dépôt du PASM 2005-2010 ont introduit des changements majeurs, qui suivent les courants internationaux décrits ci-avant. Le projet de loi n° 25 confiait ainsi aux ASSS la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, qui se base sur des RLS et qui gravite autour d'un établissement local, le CSSS, et ce, afin de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus (MSSS, 2012a). En parallèle à cette vaste réorganisation du réseau de la santé

et des services sociaux, le PASM 2005-2010 a constitué un point tournant dans l'orientation globale des services offerts en santé mentale au Québec. Alors que le plan d'action de 1998 mettait l'accent sur les services à offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, le PASM 2005-2010 vise à restructurer l'ensemble des soins offerts à toute personne atteinte d'un trouble mental, qu'il soit grave ou courant, temporaire ou persistant. Le PASM 2005-2010, qui souscrit aux grands principes promus dans la grande réorganisation du réseau alors en cours – la responsabilité populationnelle[20] et la hiérarchisation des services[21] –, vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services, essentiellement en augmentant l'offre de soins de première ligne[22] et celle des services dans la communauté (Fleury et Grenier, 2012). Le pouvoir d'agir et le rétablissement des usagers en constituent les lignes directrices.

Le PASM 2005-2010 s'appuie donc sur une première ligne forte. Ce choix est fondé sur un besoin de rapprocher les services des citoyens et sur la nécessité de maximiser les ressources disponibles. Pour consolider la première ligne en santé mentale, ce plan prévoit notamment la mise en place de guichets d'accès en santé mentale, centralisés dans les CSSS, pour mieux orienter les patients selon le niveau de soins et la création d'équipes multidisciplinaires en santé mentale pour les jeunes et les adultes dans les CSSS. En ce qui concerne les pratiques professionnelles, la grande innovation du plan d'action est la création d'une fonction de psychiatre répondant, qui a la responsabilité de soutenir les médecins de première ligne et les équipes de santé mentale des CSSS dans la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Le concept qui structure la gamme de services est celui des soins partagés ou basés sur la collaboration, et ce, entre différents professionnels et niveaux de services.

De l'ensemble de ses consultations, le Commissaire retient qu'il y a un fort consensus sur le bien-fondé du renforcement de la santé mentale dans les soins de première ligne. Tous les acteurs consultés considèrent que les services de première ligne doivent jouer un rôle déterminant dans l'organisation des services en santé mentale, tant ceux offerts dans les CSSS que ceux offerts dans les cabinets médicaux.

20. « La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent. » (ASSS de la Montérégie, 2008, site Internet)

21. « Le principe de hiérarchisation des services vise à garantir une meilleure complémentarité des services et à faciliter le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne. Autrement dit, l'objectif du principe de hiérarchisation est de s'assurer que le bon service est offert à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et par le bon dispensateur de services. » (ASSS de Montréal, 2015, p. 4)

22. Dans le secteur de la santé mentale au Québec, « les services de 1re ligne sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), par les psychologues en milieu scolaire ou en cabinet privé et par certains organismes communautaires. Les centres hospitaliers, eux, se chargent des cas urgents. Dans les CSSS, les équipes de santé mentale, en collaboration étroite avec les professionnels de leur territoire, particulièrement ceux des GMF, pourront traiter en 1re ligne la majorité des personnes ayant déjà été évaluées au guichet d'accès. » (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011b)

« Pour les membres du Forum, il est important que la première ligne soit considérée comme la porte d'entrée du système de soins et services pour la population en général, mais également pour les personnes qui présentent des troubles modérés ou communs ainsi que des troubles graves de santé mentale. La première ligne a un rôle à jouer dans ce contexte : être à l'écoute des besoins exprimés et trouver les moyens pour y répondre ou diriger la personne vers la ressource appropriée. Les attentes des citoyens sont élevées à cet égard. »

(Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010).

À cet égard, le PASM 2005-2010 a été jugé cohérent et mobilisateur par les acteurs consultés : ses orientations ne sont pas mises en cause. Toutefois, de l'avis de plusieurs, son implantation demeure encore inachevée. De nombreux défis restent à relever en matière de consolidation des services de première ligne en santé mentale. Les principaux tournent autour des grands enjeux suivants :

- l'implantation inachevée des équipes de santé mentale et des guichets d'accès;
- l'isolement des médecins de famille dans leur pratique auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux;
- les difficultés d'arrimage entre les différents prestataires de soins et services en santé mentale;
- l'accompagnement insuffisant des jeunes atteints de troubles mentaux;
- le manque de reconnaissance de la complémentarité et de l'apport significatif des organismes communautaires.

À la lumière des nombreuses consultations réalisées et de la recension de recherches et d'évaluations québécoises sur le sujet, le Commissaire prend acte de ces nombreux enjeux et défis et tente, à sa manière, d'y apporter un éclairage.

L'IMPLANTATION INACHEVÉE DES ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE ET DES GUICHETS D'ACCÈS

Le PASM 2005-2010 a conduit à une réorganisation des soins et services en santé mentale au Québec. Les CSSS ont été au cœur des transformations. Afin de bien remplir leur mandat, soit d'être la porte d'entrée aux services pour les personnes atteintes de maladie mentale, les CSSS ont eu, au milieu des années 2000, à mettre en place deux nouvelles modalités de services pour les adultes présentant des troubles mentaux ainsi que pour les enfants et les jeunes atteints : 1) une équipe de santé mentale de première ligne pour une population de 50 000 personnes; 2) un guichet d'accès en santé mentale.

L'équipe de santé mentale de première ligne en CSSS et le guichet d'accès en santé mentale

L'équipe de santé mentale adulte[23] de première ligne, composée d'un omnipraticien, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'une infirmière et d'un éducateur, remplit trois fonctions : « évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes qui lui sont acheminées; offrir des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique dans un contexte de première ligne, en tenant compte des proches; assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes, y compris certaines ressources communautaires. » (MSSS, 2011a, p. 9).

Quant au guichet d'accès en santé mentale adulte, il vise à assurer « un passage fluide des services courants des CSSS vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin » (MSSS, 2012e, p. 25). Il constitue donc la porte d'entrée principale du CSSS pour l'ensemble des services de santé mentale et joue un rôle déterminant dans la hiérarchisation des services. Le guichet d'accès se situe généralement au sein de l'équipe de première ligne en santé mentale – les professionnels du guichet sont membres de cette équipe – et il fait partie des responsabilités dont l'équipe s'acquitte (MSSS, 2008). Son rôle consiste à « évaluer les demandes de services; amorcer des protocoles d'évaluation, de soins et de traitement; amorcer le traitement autogéré; gérer la liste d'attente; repérer et dépister les conditions cliniques morbides et multimorbides; orienter la personne et sa famille vers les ressources répondant à leurs besoins » (MSSS, 2008, p. 11).

En ce qui concerne les délais pour évaluer les demandes et commencer les traitements, le PASM 2005-2010 considère que « l'équipe en santé mentale adulte doit donner une réponse au référent dans les sept jours suivant la réception de la demande au [guichet d'accès en santé mentale], alors que le traitement doit débuter à l'intérieur de trente jours. Ces trente jours incluent le délai de la réponse au référent[24] » (MSSS, 2011a, p. 26).

Tout au long des consultations, les personnes rencontrées ont insisté sur le fait que l'implantation des mesures prévues dans le PASM 2005-2010 est encore inachevée, tant en ce qui concerne le nombre de services implantés que leur arrimage. Les observations issues de l'évaluation de ce plan d'action, réalisée par le MSSS en 2010, vont dans le même sens. En ce qui concerne plus spécifiquement les services offerts par les CSSS, il appert que l'implantation des équipes de santé mentale, comme celle des guichets d'accès, est incomplète à certains endroits et que, lorsque ces modalités de services sont en place, leur fonctionnement n'est pas toujours optimal. Il importe toutefois de souligner que les transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux, liées notamment à la création des CSSS, ont retardé la constitution des guichets d'accès et des équipes de santé mentale dans certains territoires (Fleury, Latimer et Vallée, 2010).

23. Il est à noter que les objectifs et le mode de fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale jeunesse et de l'équipe de santé mentale jeunesse sont sensiblement les mêmes que ceux décrits pour la clientèle adulte.

24. Les délais d'attente fixés pour la clientèle jeunesse sont les mêmes que pour la clientèle adulte.

En regard de l'implantation des équipes de santé mentale adulte et de leur fonctionnement, les personnes consultées constatent qu'elles « demeurent incomplètes en plusieurs endroits, puisqu'elles couvraient, au moment de [l'évaluation], seulement 40 % des effectifs totaux requis au PASM » (MSSS, 2012e, p. 45). Plusieurs personnes rencontrées font également mention du peu de médecins dans ces équipes – alors que le PASM 2005-2010 prévoyait à l'origine leur présence – et de la difficulté à recruter des psychologues, ce qui entrave le fonctionnement optimal de ces équipes (MSSS, 2012e; Aubé et Poirier, 2010). On note aussi le fait qu'il n'y aurait pas toujours une optimisation des compétences des différentes professions au sein des équipes, la répartition du travail se réalisant non pas en fonction des compétences et des mandats des différents professionnels, mais davantage selon leur disponibilité et leur charge de travail (Ordre des psychologues du Québec, 2010a). Par ailleurs, puisque plusieurs équipes de santé mentale fonctionnent avec un personnel réduit, les interventions de type prévention y seraient parfois négligées[25], selon les personnes consultées par le Commissaire.

Quant au guichet d'accès en santé mentale, plusieurs personnes consultées indiquent que leur implantation et leur fonctionnement varient d'une région à l'autre et d'un CSSS à l'autre. En 2010, le nombre de guichets d'accès en CSSS, recensés par le MSSS (2012e), s'établissait ainsi pour les adultes : dans neuf régions, ces dispositifs sont déployés dans leur ensemble; dans six autres régions, ils sont soit en implantation, soit en parachèvement. L'évaluation du PASM 2005-2010 fait état qu'« en plusieurs endroits, les modalités d'accès sont bien définies, les trajectoires de services sont claires, le partage des responsabilités est respecté et les changements de pratique ont été bien intégrés. Par contre, dans plusieurs autres endroits, il y a encore du travail de consolidation à faire, et dans certains cas du travail en silo à décloisonner » (MSSS, 2012e, p. 25). Certains acteurs consultés mentionnent que, là où ils ont été mis en place, les guichets d'accès auraient favorisé une fluidité plus grande entre les services généraux et les services de santé mentale et un meilleur suivi des usagers (MSSS, 2012e). Cependant, leur fonctionnement n'est pas toujours optimal : « il y a encore du travail de clarification à faire en certains endroits par rapport aux modalités de fonctionnement entre les services de première ligne en santé mentale et les autres services offerts par les CSSS. » (MSSS, 2012, p. 25). En outre, le guichet d'accès est parfois considéré comme un frein à l'accès rapide à des services spécialisés en santé mentale, particulièrement pour la clientèle présentant un trouble mental concomitant avec un problème de toxicomanie. Certains médecins vivraient aussi de l'insatisfaction par rapport aux guichets d'accès, principalement en raison de l'importance du temps d'attente avant d'accéder aux services et des lacunes dans le partage d'information relativement aux patients qui reçoivent des services de l'équipe de santé mentale du CSSS (Fleury et autres, 2012). Ils souhaiteraient avoir accès à des corridors de services directs vers les services spécialisés de santé mentale.

Selon l'évaluation du PASM 2005-2010, qui a eu lieu pour la majeure partie de la collecte de données entre le mois de mars et le mois de mai 2010, les équipes de santé mentale jeunesse seraient présentes dans 11 régions du Québec, alors que 13 régions auraient procédé à la mise en place de guichets d'accès en santé mentale jeunesse. Toujours selon cette évaluation, la majorité des équipes de première ligne et des médecins de famille bénéficient du soutien des services de pédopsychiatrie. Il semble aussi que le fonctionnement

25. Les équipes de santé mentale adulte se concentrent surtout sur la prévention secondaire et tertiaire (MSSS, 2011a).

des guichets d'accès et des équipes de santé mentale jeunesse ne serait pas complètement optimal. Le manque de professionnels – tels que les psychologues, les travailleurs sociaux et les médecins de famille – dans les services de première ligne serait également rapporté presque partout. En fait, il y aurait un manque de ressources professionnelles, tant pour la première que pour les deuxième et troisième lignes de services jeunesse, et ce, dans plusieurs régions du Québec (MSSS, 2012e).

Pour en savoir davantage

Pour en savoir davantage sur l'implantation du PASM 2005-2010 et sur le fonctionnement actuel des services de santé mentale en première ligne, consulter le document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, accessible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

L'implantation inachevée des équipes de santé mentale et des guichets d'accès en santé mentale (conjuguée à la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille[26], à la concentration des psychiatres dans les grandes villes[27] et au manque global de pédopsychiatres) a évidemment des impacts importants, particulièrement sur les délais observés pour avoir accès à une évaluation et à un traitement en santé mentale. Les personnes consultées, dont les membres du Forum, ont été nombreux à signaler les difficultés d'accès, en temps opportun, à un médecin de famille et à des services de première ligne en santé mentale, surtout pour les personnes ayant une dépression ou de l'anxiété, ce qui augmenterait le recours à l'urgence. D'après l'évaluation du MSSS, les délais d'accès prévus pour recevoir une réponse par les équipes de santé mentale (jeunesse et adulte), soit à l'intérieur d'un délai de 7 jours[28], respecteraient généralement les temps requis. Par contre, la cible de l'accès à une intervention à l'intérieur du délai de 30 jours demeurerait difficile à atteindre en plusieurs endroits (MSSS, 2012e). Ainsi, selon les données colligées par le système I-CLSC du MSSS pour le programme de santé mentale (2010-2011), le délai moyen d'accès entre la première assignation et la première intervention[29] pour les 18 ans et plus variait, selon les régions, de 9,8 jours à 46,5 jours d'attente, avec une moyenne de 25,6. On constate qu'en 2010-2011, 10 régions atteignaient cette cible, alors que 6 autres ne l'atteignaient toujours pas. En ce qui concerne les services de santé mentale jeunesse, ce délai variait de 10 jours à 48,8 jours d'attente, avec une moyenne de 32,0. Ici, la moitié des régions seulement atteignaient la cible. Toutes ces données excluent les régions nordiques.

26. Environ les trois quarts des Québécois ont un médecin de famille (CSBE, 2011a).

27. On doit aussi noter que l'accès à des services de psychiatrie générale est difficile dans certaines régions, notamment dans les régions universitaires, où l'on observe une tendance à la surspécialisation.

28. Les délais pour la réponse à l'intérieur de 7 jours ne sont pas disponibles.

29. Le délai moyen d'accès correspond au nombre de jours entre la date de la première intervention (peu importe la nature) et la date de la première assignation à l'équipe de santé mentale.

Pour en savoir davantage

Pour en savoir davantage sur les temps d'attente et les autres indicateurs de mesure dans le secteur de la santé mentale, consulter le *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

Plusieurs interlocuteurs rencontrés par le MSSS (2012e, p. 45), dans le cadre de son évaluation du PASM 2005-2010, indiquent que « l'implantation du guichet d'accès, soutenue par la présence de l'équipe de santé mentale, et une trajectoire claire de services ont des effets positifs sur les délais d'attente de la clientèle ». Néanmoins, force est de constater que l'accès au traitement à l'intérieur des 30 jours demeure difficile dans certains endroits. De tels délais d'accès préoccupent beaucoup les experts et les décideurs consultés par le Commissaire, ainsi que les membres du Forum. Ils sont d'ailleurs nombreux à espérer que l'accès à l'évaluation et aux traitements s'améliore.

L'ISOLEMENT DES MÉDECINS DE FAMILLE DANS LEUR PRATIQUE AUPRÈS DE PERSONNES AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX

Au Québec, le cabinet du médecin de famille constitue la principale porte d'entrée aux services de santé pour les personnes atteintes de troubles mentaux : jusqu'à 15 %[10] des consultations médicales auprès d'un omnipraticien seraient reliées à des troubles mentaux[11] (Ouadahi et autres, 2009).

Selon l'INSPQ (2012b), peu de changements se sont produits au cours de cette période. Les médecins de famille représentent les professionnels de la santé les plus consultés pour des troubles mentaux, en particulier les troubles courants, dans une proportion d'un peu plus de 70 %. Ils sont suivis des psychiatres, alors que ces derniers sont majoritairement sollicités pour les troubles graves, notamment la schizophrénie. Les médecins de famille participent tout de même aux soins dispensés à ce groupe de patients, dans une proportion avoisinant 40 %. Ils sont donc fortement sollicités, alors qu'ils disposent de peu de modalités pour alléger leurs pratiques cliniques. Un tel allégement leur permettrait pourtant de s'impliquer davantage dans les équipes de santé mentale, comme cela est souhaité.

10. Donnée pour la population âgée de 18 ans et plus.

11. Selon une étude effectuée de 2005 à 2007 par Fleury et ses collaborateurs auprès de 395 omnipraticiens québécois, la proportion de patients vus pour des troubles mentaux serait plus près de 25% (Fleury et autres, 2007).

Selon une enquête de Fleury et autres (2008), réalisée en 2006 auprès de 10 % des omnipraticiens du Québec, plusieurs facteurs favoriseraient la prise en charge des troubles courants par les omnipraticiens :

- une pratique multidisciplinaire, particulièrement en CLSC;
- une proportion élevée de cas de troubles mentaux suivis, mais avec des problèmes peu complexes;
- une plus grande formation en santé mentale, qu'elle soit de base ou continue;
- un accès limité aux services psychiatriques, ce qui incite à un plus grand engagement de la part des omnipraticiens;
- un intérêt envers la santé mentale;
- des habiletés personnelles particulières (empathie, écoute, etc.);
- l'inscription des usagers auprès des médecins de famille.

La prise en charge des troubles mentaux graves par les omnipraticiens serait significativement et positivement associée aux éléments suivants :

- le nombre de références vers les autres ressources en vue d'un suivi conjoint;
- la fréquence de la participation de l'omnipraticien dans le suivi post-hospitalier;
- le nombre d'usagers ayant des troubles graves qui consultent;
- le nombre de visites médicales liées au suivi de la médication;
- le nombre de visites reliées à des thérapies de soutien.

Pour en savoir davantage

Pour en savoir davantage sur le rôle des omnipraticiens dans le secteur de la santé mentale, consulter le document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, accessible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

Le manque d'expertise et de formation en santé mentale, qui se traduit par une proportion plus grande de transferts de patients, serait associé à une prise en charge plus faible des personnes atteintes de troubles graves. En fait, il semble qu'un soutien des services psychiatriques, une meilleure intégration de ces services et une expertise plus poussée seraient des conditions favorables à la prise en charge de ces clientèles par l'omnipraticien (Fleury et Grenier, 2012).

Les principaux collaborateurs des omnipraticiens interrogés dans l'étude de Fleury et autres (2008) sont les psychologues en cabinet privé et les services psychosociaux des CSSS, pour les troubles mentaux courants, et le personnel des services psychiatriques, y compris l'urgence, pour les troubles mentaux graves. « Les références sont la stratégie la plus utilisée pour répondre aux besoins diversifiés des usagers aux prises avec des troubles mentaux. Les omnipraticiens estiment référer 17 % de leurs usagers aux prises avec des troubles mentaux courants (dont 31 % vers les psychologues en pratique privée; 20 %, vers les CLSC; 13 %, vers les psychiatres) et 71 % des usagers aux prises avec des troubles mentaux graves [dont 22 % vers les cliniques externes de psychiatrie et 26,8 % vers l'urgence] [...] Les omnipraticiens qui réfèrent le plus aux services de santé mentale sont ceux qui ont significativement plus d'usagers ayant des troubles concomitants de santé mentale et d'abus de substance, de même que ceux qui s'impliquent le plus dans le suivi posthospitalier de leur clientèle » (Fleury et Grenier, 2012, p. 60-61). Par ailleurs, plus de la moitié des omnipraticiens interrogés dans le cadre de cette étude estiment n'avoir aucun contact avec l'un ou l'autre des dispensateurs de services de santé mentale (psychiatres, CLSC, psychologues en pratique privée, organismes communautaires, etc.). Enfin, 90 % des omnipraticiens participant à cette étude déclarent ne pas utiliser les organismes communautaires et les centres de crise. Dans une autre étude réalisée de 2006 à 2009 sur 15 territoires de CSSS, situés dans 8 régions administratives du Québec, Aubé et Poirier (2010) constatent eux aussi le peu de liens entre les médecins et les autres prestataires de services, particulièrement entre les CSSS et les cabinets de médecins en pratique privée du territoire. Cette même étude montre aussi que les médecins vivent des frustrations vis-à-vis des CSSS, notamment parce qu'il n'y a pas d'améliorations sur le plan de l'accès aux services psychiatriques, un élément pourtant crucial aux yeux des médecins rencontrés.

Le peu de contact observé entre les médecins et les autres prestataires de soins et services traduit bien l'isolement des médecins de famille, pourtant très actifs dans le secteur de la santé mentale. La littérature sur le sujet et les différentes consultations effectuées indiquent en effet que les médecins de famille travaillent le plus souvent seuls, sans le soutien d'équipes interdisciplinaires, et que les soins de collaboration[12], notamment dans les cliniques médicales, sont encore peu développés. Pourtant, certaines études (Thota et autres, 2012; Katon et Seelig, 2008) démontrent clairement la pertinence et l'efficacité des soins de collaboration (ou partagés) et des interventions interdisciplinaires dans le secteur de la santé mentale, particulièrement pour les cas plus complexes, par exemple la comorbidité en santé mentale et en toxicomanie, qui nécessite la collaboration de différents acteurs. En effet, même s'il s'agit de services spécialisés, les suivis et l'observance du traitement sont meilleurs lorsque l'intervention du personnel spécialisé, comme les psychiatres, se déroule en première ligne (Bartels et autres, 2004).

Le modèle de soins basés sur la collaboration (ou soins partagés), qui implique la collaboration des omnipraticiens, des psychiatres et des ressources psychosociales de santé mentale, offre des avantages qui sont de mieux en mieux documentés par la recherche tant canadienne qu'internationale. Kates et ses collaborateurs (2011) résument ainsi les avantages des soins de collaboration : amélioration des symptômes, amélioration fonctionnelle, réduction des

12. Kates et ses collaborateurs (2011) définissent les soins de collaboration comme « des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines ou secteurs différents qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel » (Kates et autres, 2011, p. 1).

jours d'incapacité, augmentation des années de vie pondérées par la qualité et meilleure observance du traitement. Ces avantages ont été observés chez plusieurs groupes : les jeunes, les personnes âgées, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie et les populations autochtones. De plus, notent les auteurs, il y a également des preuves que les programmes de collaboration sont rentables et peuvent réduire les coûts liés aux soins de santé grâce à un recours plus efficient aux médicaments, à un usage réduit des autres services médicaux, à une utilisation plus efficiente des ressources existantes et à une plus grande probabilité de retour au travail. Cependant, pour parvenir à réaliser ces économies à long terme, les systèmes de santé doivent investir afin de favoriser la mise en place de ces nouveaux modes de prestation de services. Dans ce modèle, les médecins de famille jouent un rôle essentiel et ils ont accès aux services de santé mentale.

Dans le secteur de la santé mentale, le psychiatre répondant, introduit grâce au PASM 2005-2010, soutient le déploiement de soins partagés, ce qui implique un arrimage des services entre les psychiatres, les omnipraticiens et les équipes de santé mentale de première ligne en CSSS. « Le psychiatre, aidé ou non d'une équipe multidisciplinaire spécialisée, est étroitement associé à un groupe d'omnipraticiens et soutient ces derniers dans la dispensation des soins de santé mentale par différentes stratégies (visite sur place, rencontre avec l'usager ou l'omnipraticien ou avec l'équipe de soins, ligne téléphonique ou courriel facilitant l'accès du psychiatre et de l'équipe spécialisée, etc.) » (Fleury et Grenier, 2012, p. 110).

Selon les commentaires entendus par le Commissaire lors des consultations, la mise en place d'une structure de soins partagés avec des psychiatres répondants s'est avérée satisfaisante pour les omnipraticiens, là où elle a été implantée. Cela aurait permis d'améliorer la prise en charge des patients et les compétences des omnipraticiens. Le problème réside dans l'implantation de cette pratique, qui a été retardée dans certains milieux en raison, probablement, d'un manque d'expérience en première ligne relativement à des clientèles particulières ainsi que de son actualisation difficile (MSSS, 2012e). En effet, les données colligées par le MSSS (2012i) concernant l'entente, conclue en 2009, avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, démontrent que le nombre de psychiatres autorisés est nettement supérieur au nombre de psychiatres actifs, c'est-à-dire qui ont facturé de tels services à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ainsi, pour la période de juin 2010 à juillet 2011, 369 psychiatres (dont 103 pédopsychiatres) ont été autorisés, alors que 105 d'entre d'eux (dont 39 pédopsychiatres) ont été actifs. Une légère augmentation est toutefois observée pour la période de juillet 2011 à décembre 2011, soit 446 psychiatres autorisés (dont 120 pédopsychiatres), contre 147 actifs (dont 57 pédopsychiatres). Étant donné que l'instauration de la fonction de psychiatre répondant est assez récente – les premiers ont été autorisés en 2010 –, ces données doivent toutefois être interprétées avec la plus grande prudence. Toutefois, les données de la RAMQ indiquent que le nombre de psychiatres qui se prévalent de cette entente récente demeure relativement bas et qu'une majorité de régions n'atteignent pas les objectifs initialement établis[1].

Si la poursuite de l'implantation de la fonction de psychiatre répondant, et le développement de son plein potentiel, semble être l'élément à prioriser, les consultations du Commissaire montrent que d'autres stratégies pourraient aussi être mises en place afin de mieux épauler

1. L'annexe 42 de l'entente concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie établit une cible d'un psychiatre répondant pour 50 000 habitants (RAMQ, 2010).

les médecins dans le secteur de la santé mentale. D'abord, les personnes rencontrées, dont les membres du Forum, constatent que les médecins de famille devraient être valorisés relativement à leur pratique en santé mentale et être soutenus dans le développement de leurs compétences, notamment par une formation (initiale et continue) bonifiée dans ce domaine.

> « Étant donné [le] rôle d'importance de la première ligne, les médecins y œuvrant se doivent d'être entourés par d'autres intervenants et professionnels [...] ainsi que par des organismes communautaires du milieu, en plus d'être formés adéquatement pour répondre à une multitude de besoins. Il faut reconnaître ce rôle d'importance dans le suivi de l'état de santé mentale des patients, sur le plan du suivi médical approprié, du maintien du dossier médical et de son évolution. Pour ce faire, il faut outiller les médecins de première ligne en conséquence et valoriser leur profession. »
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010)

Il serait également essentiel de mieux outiller les médecins de famille (instrument de dépistage, guide de pratique, etc.) afin d'améliorer leur gestion des troubles mentaux. Il est d'ailleurs reconnu que l'utilisation de guides de pratique est associée à un meilleur rapport coût-efficacité, en lien avec l'utilisation des services, particulièrement pour la fréquentation des urgences et l'admission hospitalière (Schneider et autres, 2005; Dietrich et autres, 2004). Le réseau Qualaxia joue à cet égard un rôle novateur comme producteur et diffuseur de connaissances envers la première ligne (voir l'encadré). Enfin, le suivi conjoint des usagers par les médecins, psychologues et infirmières apparaît également prometteur pour plusieurs des personnes consultées.

Le réseau Qualaxia

Qualaxia est un réseau de chercheurs, d'experts, de décideurs, de gestionnaires et de cliniciens qui s'est donné pour mission de soutenir les actions efficaces de promotion de la santé mentale, de prévention et de traitement des troubles mentaux les plus fréquents, en plus d'évaluer l'efficacité des interventions visant à améliorer la santé mentale. Afin de réaliser sa mission, le réseau a recours à différents moyens. Tout d'abord, il soutient la recherche et il contribue à développer l'expertise dans le secteur de la santé mentale, notamment en participant à des comités d'experts et en développant des outils qui améliorent la qualité des interventions. Il contribue également à la formation continue des intervenants du système de soins et services et à la formation de la relève. Le réseau Qualaxia favorise le transfert des connaissances en encourageant, entre autres, l'intégration de divers acteurs du système de soins aux activités de recherche et en diffusant l'information de manière continue au moyen de différentes plateformes. Il a aussi développé un réseau de partenaires à travers le monde, qui lui permet de participer à l'organisation de missions ou d'évènements internationaux.

Le réseau Qualaxia diffuse l'information jugée pertinente et intéressante concernant la santé mentale, et ce, afin de permettre aux cliniciens, aux décideurs et aux chercheurs de contribuer à l'amélioration de la santé mentale de la population. Ainsi, le site Internet du réseau présente une série de dossiers traitant chacun d'un thème en particulier et comprenant de nombreux documents, publications et outils. Par exemple, un des thèmes abordés est la qualité des soins de première ligne. Ce dossier contient une série d'articles sur plusieurs sujets, dont le soutien à l'autogestion des soins, les soins en étapes, les guides de pratique clinique, les soins de collaboration, le dépistage de la dépression chez les hommes et la prévention du suicide. De plus, le réseau Qualaxia a conçu de nombreux projets de recherche, dont les projets Dialogue et Jalons. Le projet Dialogue portait sur les facteurs organisationnels et contextuels qui influencent la qualité des services de première ligne dans le contexte de l'instauration des RLS au Québec et de la mise en œuvre du PASM 2005-2010. Le projet Jalons, de son côté, s'inscrit dans la continuité du projet Cible Qualité, un programme d'application des connaissances mis en place auprès d'équipes de soins de première ligne en santé mentale de six CSSS. Ce projet vise à proposer des modèles de collaboration entre les omnipraticiens et les autres professionnels de la santé, à améliorer la qualité des soins pour les personnes qui ont des troubles anxieux ou dépressifs et à développer des outils d'aide à la décision clinique, adaptés au contexte québécois.

Source : réseau Qualaxia, 2008.

LES DIFFICULTÉS D'ARRIMAGE ENTRE LES DIFFÉRENTS PRESTATAIRES DE SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE

La fragmentation des services de santé et les problèmes d'arrimage et de coordination entre les différents acteurs, programmes et organismes du système de santé et de services sociaux sont des enjeux auxquels sont confrontés tous les systèmes de santé modernes. En plus de générer « des difficultés d'accès et de continuité des services obtenus, voire des effets indésirables sur la santé » (CSBE, 2010c, p. 72), ces problèmes de coordination et d'arrimage entraînent des coûts supplémentaires en raison du chevauchement de services et « des complications qui découlent de services inappropriés ou de services ayant des interactions néfastes (Bodenheimer, 2008). Bien qu'elle soit difficile à réaliser, la coordination entre les services et les prestataires de soins s'avère essentielle, puisqu'elle permet, entre autres, « une utilisation efficiente des ressources disponibles, un contrôle des coûts ainsi que l'amélioration de certains résultats cliniques. Ultimement, cette coordination se traduit par une plus grande satisfaction des patients et des prestataires de soins » (CSBE, 2010c, p. 72). À cet égard, nombre d'experts du domaine de la santé, dont le Commissaire à la santé et au bien-être[11], invoquent, depuis plusieurs années déjà, la nécessité de mieux coordonner les soins et services, spécialement dans le cadre des maladies complexes et chroniques (Schaller et Gaspoz, 2008).

La littérature recensée (CSMC, 2012a; Kirby et Keon, 2006) et les nombreuses consultations du Commissaire indiquent que le secteur de la santé mentale ne fait pas exception : il rencontre lui aussi d'importants problèmes de coordination et d'arrimage. À ce sujet, la grande majorité des acteurs rencontrés souligne que les collaborations semblent difficiles à établir entre les différents programmes et services en place et que, trop souvent, les mécanismes d'arrimage entre les services sont dysfonctionnels. Ils déterminent à cet effet de nombreux points de rupture dans le secteur de la santé mentale, dont les plus criants sont les suivants :

- Entre l'urgence des centres hospitaliers et les services de première ou de deuxième ligne;
- Entre les services de première ligne et les services spécialisés de deuxième ou de troisième ligne;
- Entre les médecins de famille et les autres composantes du système de santé et de services sociaux, notamment les services des CSSS;
- Entre les services du réseau de la santé et des services sociaux et les services offerts dans le milieu communautaire;
- Entre le réseau de la dépendance et celui de la santé mentale;
- Entre les services offerts aux jeunes et ceux offerts aux adultes.

11. Depuis ses premiers travaux d'appréciation sur la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire a souvent été à même de constater à quel point le système est confronté à d'importants problèmes de coordination et d'arrimage entre les différents acteurs, programmes et organismes en faisant partie. Dans le cadre de ses précédents rapports d'appréciation sur la première ligne de soins, les maladies chroniques et la périnatalité et la petite enfance, le Commissaire a d'ailleurs chaque fois recommandé de mettre en place divers mécanismes de coordination et de liaison afin d'assurer l'arrimage cohérent des soins et services prodigués à une même personne par différents prestataires.

Ces bris de continuité se manifestent dans les liens relationnels, dans les approches thérapeutiques ou dans la transmission d'informations. Dans certains cas, ces ruptures de services sont palliées par les intervenants, qui prennent l'initiative de faire les démarches de liaison et de transfert d'information. « Ces solutions sont cependant ponctuelles et elles ne représentent pas des mécanismes de coordination intégrés au système; ainsi, elles ne corrigent pas les sources mêmes des problèmes de coordination. » (CSBE, 2010c, p. 75). Ce manque de coordination et d'arrimage est source d'inefficacité pour le système et, surtout, est dommageable pour les personnes ayant des troubles mentaux. Il suffit de se souvenir des cas médiatisés de personnes suicidaires ayant passé à l'acte à la suite d'un court séjour à l'urgence en raison, notamment, de l'absence de mécanismes de suivi systématique des personnes qui sortent de l'urgence.

L'arrimage des services de première ligne en santé mentale avec les services spécialisés était pourtant l'une des cibles d'action importantes visées par le PASM 2005-2010. Celui-ci tablait sur l'implantation de mesures telles que le guichet d'accès afin de réduire les bris de services, en particulier pour les clientèles en crise, et sur des mécanismes de liaison et de transmission d'informations, notamment dans les CSSS. L'agent de liaison, avec l'intervenant pivot, devait par ailleurs être un acteur important de cette nouvelle réforme :

> « La fonction d'agent de liaison est de première importance en santé mentale et est essentielle, particulièrement pour le fonctionnement harmonieux et efficace des services d'intervention en situation de crise. Il importe qu'un ou plusieurs professionnels se partagent la responsabilité d'assurer des liens entre ces différents services pour que les personnes ayant traversé un épisode de crise ne se retrouvent pas sans services, si elles en ont besoin. L'agent de liaison est appelé à assumer trois fonctions complémentaires : celle de créer un lien avec la personne concernée et son entourage, celle d'épauler l'ensemble du personnel travaillant auprès de la personne, celle de créer des ponts entre les ressources du milieu. » (MSSS, 2005, p. 71).

Deux ans après la fin du PASM 2005-2010, le niveau d'implantation de cette mesure serait faible selon les personnes consultées par le Commissaire et celles rencontrées par le MSSS lors de son évaluation du PASM 2005-2010 : la fonction d'agent de liaison est peu implantée ou peu effective jusqu'à maintenant, et ce, autant pour le secteur de la santé mentale jeunesse que pour le secteur des adultes (MSSS, 2012e; Ordre des psychologues, 2010a). Là où elle est mise en place, la fonction de liaison aurait cependant permis une meilleure continuité des soins ainsi qu'une approche plus cohérente pour les personnes qui sont suivies par plusieurs professionnels et utilisent plusieurs services différents (Aubé et Poirier, 2010). Ainsi, un certain nombre d'initiatives ont été menées dans différentes régions du Québec afin d'améliorer la coordination des soins et services. Par exemple, dans la région de Québec, « une fonction de liaison avec le réseau communautaire a été mise en place lors de l'implantation des guichets d'accès des CSSS Québec-Nord et de la Vieille-Capitale [...] Le bilan de cette initiative est très positif : l'agent de liaison a été appelé à 829 occasions en vue de conseiller les intervenants des guichets d'accès au cours de l'année 2009 » (Fleury et Grenier, 2012, p. 161). Le réseau de la dépendance, qui est très souvent confronté à la comorbidité en toxicomanie et en troubles mentaux, a pour sa part mis sur pied des équipes de liaison spécialisées dans les urgences, qui auraient notamment permis un meilleur accès aux services pour une clientèle vulnérable tout en diminuant le nombre et la durée de ses

séjours dans les services d'urgence des centres hospitaliers (ACRDQ, 2012) (voir l'encadré ci-après). Parmi les autres initiatives prometteuses, on peut également mentionner l'établissement de protocoles d'ententes entre les communautés autochtones non conventionnées et les CSSS. Ces ententes, qui encadrent les trajectoires de soins en santé mentale, permettent de clarifier les responsabilités, de renforcer les collaborations, d'adapter les services et, par conséquent, de contribuer à améliorer la qualité des soins et du suivi. Parmi les innovations figure la création de postes d'intervenants pivots autochtones : ce mécanisme a pour effet d'améliorer la compréhension du personnel provincial à propos des enjeux liés à la santé des Autochtones, mais aussi d'accroître la confiance et les communications entre les fournisseurs de services[15] (CSSSPNQL, 2012). De telles stratégies d'intégration sont centrales à l'arrimage des services dans les réseaux de soins (Fleury, 2006).

Les équipes de liaison spécialisées en dépendances à l'urgence

En 2007, les centres de réadaptation en dépendance du Québec ont entamé la mise en place d'équipes de liaison spécialisées en dépendances à l'urgence afin de contribuer à mieux détecter, orienter et traiter les personnes présentant des problèmes de dépendance, souvent concomitants avec des troubles mentaux et de l'itinérance. Ces équipes visent plus généralement à mieux orienter les clientèles aux prises avec un problème de santé mentale et de dépendance, à mettre fin au phénomène des portes tournantes, à désengorger les urgences hospitalières et à diminuer la durée de séjour sur civière des clientèles aux prises avec un problème de dépendance.

L'équipe de liaison est composée d'une infirmière du centre de réadaptation en dépendance disponible aux urgences d'un centre hospitalier, sept jours sur sept, et d'un professionnel en réadaptation. Cette équipe de liaison a à sa disposition un ou plusieurs lits multifonctionnels consacrés aux services de réadaptation et de désintoxication et collabore avec l'équipe médicale et clinique du centre hospitalier. Avec la création de 7 nouvelles équipes de liaison spécialisées en dépendances ainsi qu'avec la consolidation d'une autre, annoncée par la ministre déléguée aux Services sociaux au printemps 2012, le Québec comptera désormais 27 équipes réparties dans 10 régions.

Source : MSSS, 2012l.

Pour mettre un terme aux problèmes d'arrimage et de coordination et, ainsi, assurer aux usagers un passage plus fluide entre les divers services et programmes, la plupart des personnes consultées par le Commissaire, dont les membres du Forum, tablent sur l'ajout d'agents de liaison dans les points de rupture précédemment déterminés, particulièrement à l'urgence. Selon elles, les infirmières et les travailleurs sociaux sont généralement les deux types de professionnels les plus aptes à jouer ce rôle.

15. Il est à noter que plusieurs initiatives visent à favoriser une meilleure intégration, accessibilité et adaptation des services de santé mentale dans les communautés autochtones. On peut aussi citer le projet de développement d'un modèle d'organisation de services en santé mentale pour les communautés des Premières Nations du Québec. Ce projet de recherche, initié par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), vise le développement d'un modèle d'organisation permettant d'accroître l'accessibilité et la continuité des services disponibles pour tous les membres de ces communautés.

> Selon les membres du Forum, « il doit aussi exister un lien significatif entre la personne et son équipe soignante. Ce lien pourrait être assuré par un interlocuteur choisi par elle, comme un proche, que certains membres appellent « proche pivot ». Cet interlocuteur pourrait constituer le canal privilégié pour assurer la liaison entre la personne, ses proches et les intervenants engagés dans son traitement, et ce, dans un souci de continuité.
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de décembre 2010)

Outre l'augmentation des agents de liaison dans les points de rupture du système, et la consolidation des guichets d'accès, les consultations effectuées ont permis de déterminer plusieurs stratégies permettant un passage fluide entre les différents services et programmes offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, les personnes consultées soulignent la nécessité de développer davantage d'ententes de collaboration ou de transfert entre les différentes lignes (première, deuxième et troisième) ou entre les types de services (santé mentale et dépendance), d'établir des corridors de services, lorsque nécessaire, et d'utiliser des formulaires de référence standardisés. Les guichets d'accès seraient particulièrement visés sur ce dernier point. Certaines personnes mentionnent aussi qu'un plus grand recours aux plans de services spécialisés et aux plans d'intervention – ce dernier est obligatoire en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux[36] (article 102) – aurait l'avantage de favoriser la participation de l'usager à ses traitements, ainsi que de bonifier la concertation et l'arrimage des différents intervenants concernés.

L'ACCOMPAGNEMENT INSUFFISANT DES JEUNES ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX

Les troubles mentaux sont fréquents durant l'enfance et l'adolescence. Selon l'OMS (2001b), de 10 à 20 % des enfants et adolescents auraient un trouble mental ou un problème de comportement. L'adolescence représente une période critique pour l'émergence des troubles mentaux, car ceux-ci commencent à se manifester à l'âge de 12 à 24 ans, dans la grande majorité des cas (Pottick et autres, 2008; Kessler et autres, 2002) : 75 % des troubles mentaux apparaîtraient avant l'âge de 25 ans[37] (Kessler et autres, 2005). Comme il a été souligné dans la section « Panorama de la santé mentale » de ce rapport, c'est donc tôt dans la vie que les troubles courants (troubles de l'humeur et troubles anxieux) apparaissent. On fait le même constat pour les troubles graves, comme la schizophrénie, qui se manifeste fréquemment à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ce groupe d'âge présente également des caractéristiques propres en matière de troubles mentaux. Par exemple, « le taux de dépendance à l'alcool était de 8,6 % chez les personnes de 20 à 24 ans, mais de moins de 2 % chez celles de 35 ans et plus. Pour la dépendance aux drogues illicites, les

36. La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule l'obligation de l'établissement d'élaborer, pour chaque personne inscrite à ses services, un plan d'intervention.

37. Cela fait dire à Insel et Fenton (2005) que les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents sont les maladies chroniques de la jeunesse.

chiffres correspondants sont 2,6 % et 0,3 %» (Statistique Canada, 2004, p. 15). Une étude publiée récemment par l'INSPQ (2012a) démontre également que, chez les 15 à 29 ans, les troubles mentaux et les troubles du comportement représentent 90 % des années vécues avec incapacité. Ces troubles altèrent généralement le fonctionnement du jeune à la maison et à l'école et contribuent au risque suicidaire. À ce sujet, il semble que 90 % des jeunes qui décèdent par suicide étaient atteints d'une maladie mentale (Fleury et Grenier, 2012). En 2006, le suicide était la première cause de mortalité chez les Québécois âgés de 20 à 34 ans et la seconde cause chez les 15 à 19 ans (INSPQ, 2008a).

De plus, la littérature indique que la majorité des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, surtout lorsqu'ils ne font pas l'objet de traitement, ont des impacts importants et multiples sur leur vie future : baisse des résultats scolaires, consommation de drogues, comportements à risque, chômage, etc. (Unicef, 2011). À ce sujet, des études ont démontré qu'une intervention rapide après l'apparition du trouble mental chez les enfants et les adolescents permet de réduire la sévérité ou la persistance de la maladie (McGorry et autres, 2011). L'impact des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents se fait également ressentir sur leur famille avec des conséquences importantes sur le plan émotif et financier (Gearing et autres, 2009). Par ailleurs, la transition de l'adolescence à l'âge adulte est marquée de profonds changements d'ordre physiologique et social. La période de 18 à 25 ans marque l'évolution du processus d'indépendance à l'égard des parents, le début de l'engagement dans les relations amoureuses, la fin des études secondaires – ou le début des études postsecondaires– et l'insertion sur le marché du travail. L'adaptation à ces étapes de développement requiert beaucoup d'énergie et d'investissement, particulièrement pour les jeunes atteints de troubles mentaux.

Tout au long des consultations du Commissaire, les personnes rencontrées se sont dites très préoccupées par la prise en charge des jeunes ayant un trouble mental. Selon elles, le secteur de la santé mentale jeunesse comporte plusieurs enjeux majeurs : les longs délais d'attente pour avoir une évaluation et surtout un traitement – thème déjà abordé dans la section précédente de ce rapport –, la difficile transition entre les services de pédopsychiatrie et ceux de psychiatrie adulte pour les personnes ayant des troubles mentaux chroniques, le manque d'adaptation des services de santé mentale aux besoins et aux réalités des jeunes, etc.

Adapter les services pour les jeunes adultes

La prévalence élevée des troubles mentaux chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans se couple à une utilisation moindre des services (Pottick et autres, 2008; Kessler et autres, 2002) : les jeunes sont même parmi les usagers les moins enclins à consulter pour un trouble mental (Lesage et autres, 2006). L'étude de Bergeron et autres (2005) sur les facteurs influençant l'utilisation des services de santé mentale chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans montre qu'au Canada, seuls 25 % des jeunes atteints de troubles mentaux vont chercher de l'aide. Ce chiffre atteindrait près de 40 % chez les adultes (ISQ, 2010). Parmi les personnes qui utilisent le moins les services et qui pourraient faire l'objet d'interventions particulières, l'étude de Bergeron et autres identifie les jeunes hommes, ceux qui vivent avec leurs parents ou avec d'autres personnes et ceux qui ont des troubles anxieux ou un problème d'abus

de substance. Comme barrières à la demande d'aide en santé mentale, il y aurait, selon l'étude de Gulliver, Griffiths et Christensen (2010), la stigmatisation et l'inconfort associés au dévoilement de ses troubles mentaux. D'autres seraient reliées au manque de confiance à l'égard des personnes qui peuvent aider et à la crainte des bris de confidentialité. À cela s'ajoutent les difficultés à reconnaître les symptômes de la maladie mentale, le manque d'accessibilité des services[38] et le sentiment qu'on peut se traiter soi-même. Une étude australienne (Cotton et autres, 2006) auprès de jeunes âgés de 12 à 25 ans a d'ailleurs montré que la littératie en santé mentale est moins élevée chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Les jeunes hommes seraient ainsi beaucoup moins aptes à reconnaître les symptômes associés à la dépression.

Selon McGorry (2007), les adolescents et les jeunes adultes requièrent des services qui répondent à leurs besoins spécifiques, tant sur le plan culturel que développemental, et une approche clinique adaptée, orientée davantage vers les défis futurs de ces jeunes plutôt que vers leur passé, leur enfance. Au Québec, plusieurs initiatives et programmes témoignent de la volonté d'adapter les services à la clientèle des jeunes adultes ayant des troubles mentaux. Plusieurs cliniques ou centres se spécialisent d'ailleurs dans le traitement de la clientèle psychotique âgée de 18 à 30 ans (ou de 18 à 35 ans), tels que l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, avec son Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses[39], la clinique JAP[40] du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ou encore la Clinique Notre-Dame des Victoires[41]. Par ailleurs, des études ont été financées par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) pour la clientèle des cégeps atteinte de troubles mentaux : elles ont démontré le besoin d'adapter les services à cette clientèle particulière (MELS, 2010b). Enfin, la tenue d'un colloque interétablissements en psychiatrie et en santé mentale en mars 2012, sous le thème « Santé mentale des jeunes adultes : nous pouvons faire mieux! De la recherche à l'organisation des soins et des services », révèle la préoccupation des établissements du réseau d'offrir de meilleurs services à ce groupe d'âge (Institut universitaire en santé mentale de Québec, site Internet).

Sur le plan international, l'expérience australienne Headspace, mise sur pied en 2006, vise à répondre spécifiquement aux besoins des jeunes âgés de 12 à 25 ans, qui ont peu tendance à fréquenter les services (voir l'encadré). Alors qu'un financement accru a été motivé par l'évaluation positive des résultats des centres de services qui le composent (Muir et autres, 2009), l'établissement de ces centres ne fait pas l'unanimité, notamment parce que les jeunes

38. « Les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux sont très peu développés dans la plupart des régions du Québec. » (Bisson et autres, 2012, p. 3).

39. « Le Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de Montréal (PEPP-Montréal) est destiné aux jeunes gens [14 à 30 ans] qui sont confrontés à un premier épisode psychotique non traité. Son objectif est d'apporter l'espoir d'un rétablissement complet aux jeunes atteints de psychoses. » (Institut universitaire en santé mentale Douglas, site Internet – 1).

40. « La clinique JAP, qui s'adresse aux jeunes adultes de 18 à 30 ans, s'est donné comme mission : D'offrir un accès facile et rapide à un traitement pour jeunes adultes souffrant de psychose; D'offrir un traitement basé sur la collaboration tant avec le jeune adulte que ses proches, dans un climat d'espoir réaliste; D'atteindre une rémission des symptômes de la psychose et la réintégration du patient dans son milieu et dans ses rôles sociaux significatifs; D'offrir une gamme étendue de services à la fine pointe des connaissances actuelles; De promouvoir l'importance de la prise en charge précoce et intensive des jeunes souffrant d'un épisode psychotique dès les premiers signes » (CHUM, site Internet).

41. « La Clinique Notre-Dame des Victoires, qui est une ressource externe de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (anciennement Robert-Giffard), offre des services d'évaluation et de traitement aux personnes âgées de 18 à 35 ans qui présentent une psychose débutante, en intégrant aux traitements les familles et les intervenants (AQPPEP, site Internet).

âgés de 12 à 18 ans ont des besoins psychologiques bien différents de ceux âgés de 18 à 25 ans (Birleson et Vance, 2008). De plus, les premiers sont toujours sous la responsabilité de leurs parents, alors que les seconds sont juridiquement indépendants.

L'expérience de l'Australie : des services intégrés pour les 12 à 25 ans

En mai 2011, le gouvernement australien a annoncé un investissement de 2,2 milliards de dollars sur une période de 5 ans, dont environ 420 millions pour les programmes destinés aux adolescents (Headspace) et aux jeunes psychotiques (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre). Le programme Headspace vise à promouvoir et à soutenir des interventions précoces aux jeunes adultes ayant des troubles mentaux ou des problèmes d'abus de substance. L'intervention précoce est basée sur la prémisse que la prévention réduit les risques d'émergence de la maladie et de la chronicité. Des services multidisciplinaires sont offerts dans un environnement très accessible et adapté aux jeunes. Les services de soins primaires sont intégrés aux services de santé mentale, aux services pour abus de substance et à certains services sociaux liés au rétablissement. Des services en ligne sont également offerts aux jeunes. De plus, des campagnes de sensibilisation sont menées dans les communautés pour accroître les demandes d'aide de la part des jeunes et pour développer la capacité des familles et des prestataires de soins à reconnaître les premiers signes d'un trouble mental. Enfin, le programme Headspace est épaulé par des services plus spécialisés qui s'adressent à des jeunes nécessitant des traitements plus intensifs et plus spécialisés. Ces services sont offerts par une organisation consacrée à la santé mentale des jeunes, Orygen Youth Service (Purcell et autres, 2011).

Au cours des dernières années, plusieurs projets novateurs ont été mis sur pied pour tenter de joindre les personnes qui utilisent le moins les services de santé mentale, par exemple les hommes, les personnes ayant des problèmes d'abus de substance, les personnes en situation de crise ou en situation d'itinérance. Ces différents projets ne visent pas exclusivement à joindre des jeunes, mais ils ciblent tout de même une clientèle qui, tout comme les jeunes, utilise moins les services de santé mentale. Tout d'abord, notons les projets pilotes financés par le MSSS, qui sont axés sur les hommes en situation de crise (voir la section sur la promotion et la prévention). Toujours au Québec, la FMM offre un programme de sensibilisation à la dépression auprès des jeunes du secondaire, le programme Solidaires pour la vie (voir l'encadré).

Solidaires pour la vie

Depuis 1998, la FMM offre Solidaires pour la vie, un programme de prévention de la dépression auprès des jeunes Québécois de troisième, quatrième ou cinquième année du secondaire. Ce programme « vise à informer et à sensibiliser les jeunes âgés de 14 à 18 ans sur les signes et les symptômes de la dépression. L'abus de substances et les comportements suicidaires sont également inclus dans les signes et symptômes de détresse présentés. Le programme vise aussi à les outiller afin qu'ils puissent venir en aide et accompagner les personnes en détresse dans les ressources de consultation » (Lesage et Moubarac, 2011, p. 7-8). Par ailleurs, « l'élément de référence est un aspect essentiel du programme, car il permet aux jeunes de se reconnaître, d'interagir avec l'animateur et, éventuellement, de consulter. Trois types de références sont offerts aux jeunes dans le cadre du programme : les pactes de consultation, les signalements des adultes sur place et les accompagnements en situation de crise » (Lesage et Moubarac, 2011, p. 8). D'une durée de 50 à 75 minutes, le programme est offert gratuitement dans les écoles. Chaque année, environ 50 000 à 60 000 jeunes sont rencontrés par l'intermédiaire de ce programme. La FMM estime qu'elle couvre près de 60 % de la population québécoise des élèves de troisième, quatrième et cinquième année du secondaire. Depuis sa création, ce programme a visité 672 écoles francophones et anglophones et rencontré quelque 770 000 jeunes. De ce nombre, 14 000 jeunes ont été identifiés grâce à ce programme et ils ont ensuite été traités pour des symptômes associés à la dépression, ce qui inclut 1 000 cas hospitalisés.

Sources : Lesage et Moubarac, 2011; FMM, site Internet – 2

Favoriser la continuité des soins et services pour les jeunes adultes

Actuellement, au Québec, les services offerts à la population québécoise sont organisés autour de certains critères d'âge : 18 ans représente le point charnière entre les services offerts aux jeunes et aux adultes. Les problèmes reliés à cette transition ont été soulignés à maintes reprises au cours des consultations menées par le Commissaire, entre autres par les membres du Forum de consultation. Le PASM 2005-2010 faisait le même constat il y a près de dix ans déjà : « Le passage des services de psychiatrie pour les enfants et les jeunes à ceux offerts aux adultes est souvent difficile et marqué de ruptures dans l'ensemble des services offerts. Pourtant, la continuité et la stabilité sont particulièrement importantes à cette étape de la vie au cours de laquelle le jeune adulte doit faire face à de nombreuses adaptations. Une attention particulière doit être portée aux éléments pouvant faciliter cette transition. » (MSSS, 2005, p. 10). Selon les consultations effectuées, certaines catégories de jeunes, particulièrement ceux suivis dans les centres jeunesse, cesseraient même d'utiliser les services de santé mentale dès l'âge de 18 ans.

Pour en savoir davantage

Pour en savoir davantage sur les lacunes importantes dans les services offerts aux jeunes, en ce qui concerne notamment la fluidité des mécanismes de passage vers les services offerts aux adultes, consulter le document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, accessible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

La transition difficile entre les services pédiatriques et adultes en santé mentale n'est pas unique au Québec. Cette problématique est l'objet d'études ailleurs dans le monde, notamment au Royaume-Uni, où une étude portait sur la transition entre les services de psychiatrie pour les enfants et les adolescents et ceux offerts aux adultes. L'étude recommande de développer des protocoles clairs de transition, de bien y préparer les jeunes, de travailler davantage en collaboration, de s'assurer du transfert d'information et, enfin, de s'assurer de la continuité des services, notamment en évitant que les jeunes soient placés sur une liste d'attente (Singh et autres, 2010 et 2008). Les conséquences des transitions non réussies peuvent en effet être néfastes pour la continuité des soins : elles peuvent provoquer le décrochage de jeunes ayant des besoins continus de services, particulièrement les jeunes les plus vulnérables. Le programme Paul-Pau représente un exemple prometteur de projet au Québec, qui vise à favoriser une meilleure transition entre les services offerts aux jeunes et aux adultes.

Programme Paul-Pau

Le programme de transition Paul-Pau a été lancé en novembre 2006, à l'initiative de trois établissements : le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Paul-Pau est une ressource d'hébergement de neuf places pour les jeunes âgés de 16 à 20 ans ayant un trouble mental, qui viennent du Centre jeunesse de Montréal. En 2001, 28 jeunes avaient participé à ce programme. Celui-ci cherche à apporter une solution aux problèmes de transition entre les services offerts aux jeunes et aux adultes, notamment en ce qui concerne le suivi médical et psychosocial. Le programme s'est doté de cinq objectifs d'intervention : soutenir la transition à l'âge adulte, développer l'autonomie, stimuler la motivation, favoriser l'intégration sociale et favoriser le développement des compétences interpersonnelles. Une évaluation de ce projet (Bisson et autres, 2012) en a démontré la pertinence, puisque la continuité des services offerts aux jeunes adultes avait été améliorée. Le projet Paul-Pau a d'ailleurs reçu un prix d'excellence du MSSS en 2011.

Source : Bisson et autres, 2012.

Plusieurs centres jeunesse ont aussi mis sur pied des programmes pour aider les jeunes dans cette transition et pour les accompagner dans leur réadaptation psychosociale. L'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 du gouvernement du Québec, a proposé le Plan de cheminement vers l'autonomie. Il s'agit d'une approche pour améliorer le suivi et la continuité des services offerts aux jeunes âgés de 16 à 24 ans. Sa mission est d'offrir aux jeunes, de façon concertée, des conditions facilitant leur passage à la vie adulte. Cette initiative propose d'agir en amont de la transition à la vie adulte, soit à l'aube du 16e anniversaire du jeune. Il s'agit « de soutenir l'appropriation, par tous les intervenants de tous les secteurs d'intervention concernés, d'un processus et d'un outil communs d'évaluation de l'état de préparation à l'autonomie de tous les jeunes de 16 ans en besoin d'aide. L'objectif est d'être en mesure d'établir pour chacun un plan adapté d'intervention visant à équiper le jeune pour qu'il franchisse avec succès cette étape et maximiser le potentiel de réussite de son intégration sociale » (ACJQ, site Internet). Le Plan de cheminement vers l'autonomie est actuellement expérimenté pour une période de trois ans dans neuf régions administratives du Québec. Comme autre exemple, un processus de transfert structuré a été établi entre le Centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le programme de psychose de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec pour les jeunes atteints de psychose. Les deux équipes se rencontrent deux à trois fois par année et préparent la transition des jeunes qui auront 18 ans au cours de l'année.

Les consultations effectuées par le Commissaire et la littérature sur le sujet suggèrent que les jeunes atteints de troubles mentaux doivent fait l'objet d'une attention particulière de la part des décideurs et des professionnels, afin de réduire la prévalence des troubles mentaux et d'en diminuer les impacts. Il importe donc d'identifier rapidement les jeunes atteints de troubles mentaux ou en voie d'en développer, et ce, afin d'intervenir le plus rapidement possible, mais aussi de leur assurer, à eux et à leur famille, des services adaptés à leurs besoins ainsi qu'une continuité dans l'intervention, particulièrement en première ligne, pour favoriser une transition harmonieuse de l'enfance à l'âge adulte.

LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA COMPLÉMENTARITÉ ET DE L'APPORT SIGNIFICATIF DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Au Québec, les années 1960 ont marqué le début du mouvement de désinstitutionnalisation, qui a conduit à la fermeture de nombreux lits dans les hôpitaux psychiatriques et au développement de services dans la communauté. Depuis ce temps, les organismes communautaires occupent une place centrale dans le secteur de la santé mentale, plus précisément auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves, bien que certains d'entre eux aient aussi développé une expertise auprès des personnes présentant des troubles courants (Fleury et Grenier, 2012). De manière générale, ces organismes participent à améliorer les conditions et la qualité de vie de la population et favorisent la solidarité et la transformation sociales (Réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale Nationale, site Internet). Enracinés dans la communauté, ils outillent et soutiennent les personnes atteintes

de maladie mentale dans leur processus de rétablissement[42] et d'intégration sociale, ainsi que leur famille, grâce à une gamme de services complémentaires à ceux offerts par le réseau public. Depuis l'instauration de la Politique de santé mentale du MSSS, en 1989, ils sont reconnus comme des partenaires incontournables dans la dispensation des services de santé mentale, plus particulièrement pour la défense des droits et l'intégration sociale.

En 2009, selon le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), on comptait autour de 420 organismes communautaires œuvrant en santé mentale, répartis dans l'ensemble des régions du Québec (RRASMQ, 2010a). Principalement financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires[43] (PSOC) du MSSS, les organismes communautaires en santé mentale offrent une gamme de services et d'activités très variés, comme l'entraide, le soutien, l'hébergement (pour des situations de crise, de transition, etc.), l'intervention de crise, la prévention du suicide, l'accès et le soutien au logement et au travail, la prévention et l'éducation, ainsi que la défense des droits. Ils s'appuient sur une pluralité d'approches et de pratiques d'intervention (meilleures pratiques, pratiques innovantes ou alternatives, etc.). Certains d'entre eux offrent également des services visant à soutenir, à informer et à éduquer les familles des personnes atteintes. Selon Grenier et Fleury (2009), les organismes communautaires en santé mentale peuvent être classés en neuf grands types en fonction de leur mission principale (voir le tableau 3[44]).

42. Par rétablissement, le MSSS entend le « processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'affligé, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état » (MSSS, 2011a, p. 8).

43. Créé en 1973 par le MSSS, ce programme s'adresse aux organismes communautaires en santé et en services sociaux. Il vise plusieurs objectifs: « Reconnaître la contribution particulière et originale des organismes communautaires au sein de la société québécoise; Maintenir des activités répondant à des besoins définis par la communauté; Soutenir financièrement les organismes communautaires; Offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes communautaires; Assurer un lien entre les organismes communautaires, les agences et le MSSS. » (Réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale Nationale, site Internet).

44. L'étude de Fleury et Grenier (2009), qui se basait sur des données de 2003-2004, dénombrait alors 403 organismes communautaires en santé mentale, dont la moitié déclarait un budget de moins de 200 000 $ par année.

Tableau 3

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC EN FONCTION DES TYPES D'ORGANISMES

Types d'organismes	Nombre*
Organismes de promotion de la santé mentale offrant des services à la population générale	10
Centres de crise, de prévention du suicide et d'écoute desservant l'ensemble des troubles mentaux	57
Groupes d'aide aux familles et aux proches	56
Groupes offrant un milieu de vie, dont les activités se déroulent dans leurs locaux à certaines heures prédéterminées	87
Groupes d'entraide où les services sont offerts principalement par des pairs	40
Ressources d'hébergement offrant des services 24 heures/7 jours à leurs résidents	61
Organismes de suivi dans la communauté	24
Organismes d'intégration au travail	22
Groupes de défense des droits	14

* Trente-deux organismes ont été exclus du tableau, parce qu'ils n'existaient plus, qu'ils représentaient des points de services d'organismes préexistants ou parce qu'ils étaient des regroupements régionaux ou nationaux n'offrant pas de services directement à la population.

Source : Grenier et Fleury, 2009.

L'efficacité et la pertinence des services offerts par les organismes communautaires sont de plus en plus reconnues dans la littérature (Fleury et Grenier, 2012). Ces organismes, bien intégrés dans la communauté, seraient facilement accessibles et dispenseraient des services à des individus qui n'utilisent pas le réseau public ou, encore, qui n'y ont pas accès. En outre, les personnes ayant recours à leurs services, en particulier les groupes d'entraide, auraient tendance à utiliser plus judicieusement les services de santé mentale du réseau public. Quant aux hospitalisations, elles seraient moins nombreuses parmi les individus ayant un trouble mental qui se prévalent des services offerts par ce type d'organismes (groupes d'entraide ou groupes de soutien par les pairs) (O'Hagan et autres, 2010). Par ailleurs, certains services de santé mentale donnés dans la communauté seraient également moins chers que ceux dispensés dans les hôpitaux. Joignant majoritairement des personnes vulnérables sur le plan socioéconomique, les organismes communautaires en santé mentale ont également un impact important sur le rétablissement des usagers (RRASMQ, 2010a). Par exemple, il est démontré que le recours à des groupes d'entraide ou de soutien par les pairs favorise une réduction des symptômes et une amélioration de la qualité de vie, accroît la confiance en soi et la capacité à communiquer avec les autres (Mowbray, Nicholson et Bellamy, 2003) et améliore le soutien social de l'usager (O'Hagan et autres, 2010). Les nombreux témoignages recueillis par le Commissaire sur ce sujet confirment d'ailleurs l'importance que prennent les organismes communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille. En plus de susciter de l'espoir et de motiver les usagers dans leur processus de

rétablissement et de réinsertion sociale et professionnelle, ces organismes ont l'avantage d'offrir des services de soutien souples et personnalisés, qui répondent aux besoins des usagers et de leur famille. Ils sont considérés, par plusieurs personnes consultées, dont les membres du Forum, comme des acteurs indispensables dans l'offre de services et le continuum en santé mentale.

> « Les membres du Forum sont d'avis que le suivi dans la communauté constitue une réponse plus humaine et plus personnalisée aux besoins de l'individu. Il faut également prévoir des ressources, par exemple des services de crise, pour répondre de façon ponctuelle à certaines situations. Dans le secteur de la santé mentale, d'une part, des services de qualité et, d'autre part, des services stables dans la communauté sont essentiels. C'est pourquoi il faut compter sur les organismes communautaires et veiller à leur pérennité. »
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010).

Malgré la contribution majeure des organismes communautaires dans le secteur de la santé mentale, maintes fois attestée dans les documents du MSSS (2005 et 1989) et la littérature, ils font face à d'importants enjeux et défis, particulièrement en ce qui concerne leur partenariat avec le réseau public. Lors des consultations réalisées par le Commissaire, nombre d'acteurs du milieu communautaire ont déploré que leurs services et leur expertise soient encore peu connus des médecins, particulièrement des médecins de famille, et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Cet état de fait est d'ailleurs reconnu par plusieurs des médecins et professionnels consultés. Plusieurs acteurs du milieu communautaire s'accordent également pour dire qu'il existe toujours des tensions entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel, notamment en regard de la reconnaissance de l'expertise professionnelle développée par les organismes communautaires au cours des quarante dernières années et du respect de leur autonomie. Quant au financement des groupes communautaires en santé mentale, il demeure toujours insuffisant, de l'opinion de la plupart des personnes et des groupes rencontrés. Ainsi, le financement global des organismes communautaires, par rapport à la dépense totale du programme en santé mentale (incluant les services généraux et la santé publique), est passé de 9,4 % en 2005-2006 à 8,8 % en 2010-2011 (MSSS, 2012d). Il se trouve donc en deçà de la cible fixée d'au moins 10 % par le PASM 2005-2010. Enfin, pour le financement par région, on constate qu'en 2010-2011, 7 régions (en excluant les régions nordiques) n'atteignaient toujours pas la cible du PASM 2005-2010 en cette matière : le Bas-Saint-Laurent (8,4 %), la Capitale-Nationale (9,1 %), la Mauricie et Centre-du-Québec (8,6 %), l'Estrie (6,0 %), Montréal (6,9 %), Lanaudière (7,7 %) et les Laurentides (5,9 %). De plus, il existe une disparité régionale importante en matière de financement alloué à ces organismes, qui varie de 5,9 % à 15,7 % (MSSS, 2012d).

Le sous-financement des groupes communautaires en santé mentale a des impacts importants sur la quantité et la qualité des services offerts à la population, particulièrement dans le contexte actuel de demande croissante résultant du transfert dans la communauté des usagers anciennement suivis par les hôpitaux psychiatriques (Grenier et Fleury, 2009). Parce que ce sous-financement rend de plus en plus difficiles le recrutement et la rétention du

personnel, les organismes communautaires en santé mentale ont de plus en plus de difficulté à répondre aux demandes des personnes atteintes et à celles de leur famille (MSSS, 2012e). Le cas des centres de crise est à cet égard particulièrement éloquent. Ainsi, plusieurs centres de crise au Québec doivent présentement « réorganiser leur offre de services, c'est-à-dire réduire le nombre d'intervenants et couper des lits d'hébergement, fermer durant une période de l'année ou encore fermer des plages de services les soirs ou fins de semaine » (RESCICQ, 2011, p. 3). Pour le Regroupement des services d'intervention de crise du Québec (RESCICQ), cette situation est très préoccupante et risque même de mettre en péril l'avenir des centres de crise. Cette préoccupation est partagée par les acteurs consultés par le Commissaire, qui sont plusieurs à demander un rehaussement du financement des organismes communautaires en santé mentale.

À la lumière des informations disponibles et des consultations effectuées, le Commissaire constate que les organismes communautaires jouent un rôle de premier plan dans la vie des personnes vivant avec des troubles mentaux et de leur famille. En plus d'offrir un soutien et un accompagnement aux usagers et à leur famille dans les moments plus critiques de la maladie, ces organismes favorisent le rétablissement et l'intégration dans la communauté des personnes atteintes au moyen d'interventions et de pratiques souples et diversifiées, généralement complémentaires à celles du réseau public. Leur contribution dans l'organisation et la prestation des services en santé mentale en fait des partenaires incontournables du réseau de la santé et des services sociaux. Au cours de ses travaux, le Commissaire a aussi été à même de constater les nombreux enjeux et défis auxquels sont confrontés les acteurs du milieu communautaire, en ce qui concerne leur partenariat avec le réseau public et la reconnaissance par celui-ci de leur contribution. À cet effet, l'enjeu du sous-financement de leurs services est celui qui est ressorti comme le plus préoccupant de tous, tant pour les usagers et les professionnels consultés que pour les membres du Forum de consultation. Les témoignages des acteurs œuvrant dans le milieu communautaire indiquent que ce sous-financement récurrent, en plus de nuire à la quantité et à la qualité des services qu'ils peuvent offrir, traduit un certain manque de reconnaissance de l'expertise des organismes communautaires dans le secteur de la santé mentale, une opinion partagée par les membres du Forum :

> « Par ailleurs, les membres du Forum sont préoccupés par le financement des services du secteur de la santé mentale, qui constitue pour eux un enjeu majeur : ils estiment que ce financement est insuffisant, notamment dans le secteur communautaire, qui fournit de nombreux services en santé mentale. Selon plusieurs membres, ce n'est pas tant le partage des responsabilités qu'on doit revoir, que l'allocation des ressources dans le système, car il est fondamental que ces ressources soient suffisantes. »
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de décembre 2010).

QUELLES SONT LES OPTIONS À PRIVILÉGIER?

Le constat que porte le Commissaire à la lumière de l'information disponible et de la consultation des différents acteurs du secteur de la santé mentale est que, malgré les efforts importants pour consolider la première ligne de soins et services en santé mentale au cours des dernières années, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir avant que la première ligne soit pleinement fonctionnelle. En effet, le Commissaire constate que l'implantation des équipes de santé mentale en CSSS (adulte et jeunesse), tout comme celle des guichets d'accès, n'est toujours pas complétée, alors que leur fonctionnement respectif ne serait pas toujours optimal, ce qui nuit grandement à l'accessibilité des services en santé mentale ainsi qu'à leur fluidité. Quant aux médecins, importants prestataires en santé mentale, ils sont trop souvent isolés pour assumer cette tâche de manière optimale. Les soins de collaboration, spécialement la fonction de psychiatre répondant, semblent avoir fait leurs preuves et doivent être priorisés. Par contre, selon les données obtenues et les témoignages recueillis, ils n'ont pas encore atteint leur plein potentiel. Relativement à l'arrimage entre les services et les prestataires, le Commissaire juge qu'il est nécessaire d'augmenter les mécanismes et la fonction de liaison, mais aussi de consolider ceux qui existent déjà. Le Commissaire considère que, pour assurer la continuité, la qualité et l'accessibilité des services dans le secteur de la santé mentale, il est essentiel que tous les prestataires de soins et services améliorent leur arrimage respectif.

La situation des jeunes interpelle également le Commissaire, compte tenu de la prévalence élevée des troubles mentaux au début de l'âge adulte, du fardeau que cela représente pour la société et de la faible proportion des jeunes atteints qui recherchent de l'aide. Plusieurs éléments soulignent également l'importance de poser des actions concrètes pour favoriser la continuité des soins et services de santé mentale pour les jeunes : la pertinence d'agir le plus tôt possible afin de prévenir la détérioration de l'état des personnes; l'importance de la transition entre les services offerts aux jeunes et aux adultes; les conséquences de transitions mal réussies. Pour toutes ces raisons, le Commissaire estime qu'il est fondamental de mettre l'accent sur le défi d'accompagner les adolescents et les jeunes adultes aux prises avec un trouble mental, et ce, dans différents contextes (pédopsychiatrie, réadaptation, etc.) ou en lien avec les toxicomanies et l'itinérance, entre autres.

Pour ce qui est des organismes communautaires, le Commissaire constate qu'ils ne sont pas reconnus à leur juste valeur. Dans un système de santé et de services sociaux qui vise une consolidation des soins et services de première ligne et un rétablissement dans la communauté des personnes aux prises avec des troubles mentaux, le sous-financement des organismes communautaires – tout comme le manque de reconnaissance de leur expertise, qui semble y être associé – apparaît comme un axe incontournable pour des gains de santé significatifs. Dans l'optique de remédier à cette situation, le Commissaire considère qu'il est urgent de donner aux organismes communautaires les moyens financiers pour jouer pleinement leur rôle dans le secteur de la santé mentale.

Le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

3. CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

Plus précisément, voici les actions à entreprendre :

3.1 Compléter le déploiement des équipes de santé mentale de première ligne et des guichets d'accès, tel qu'annoncé dans le PASM 2005-2010, tant pour les adultes que pour les moins de 18 ans.

3.2 Accroître le nombre de psychiatres répondants actifs dans les territoires de CSSS, conformément aux ententes intervenues avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

3.3 Systématiser la mise en place de mécanismes formels de liaison efficaces entre les différents prestataires de soins et services de santé mentale.

3.4 Développer des stratégies et des approches novatrices permettant l'identification des jeunes âgés de 16 à 25 ans aux prises avec des troubles mentaux.

3.5 Revoir l'offre de services dans le secteur de la santé mentale pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans, en se basant sur les besoins, afin d'assurer des passerelles flexibles entre les services qui s'adressent aux moins de 18 ans et ceux offerts pour la clientèle adulte.

3.6 Rehausser le financement des organismes communautaires en santé mentale à la hauteur de ce qui était prévu dans le PASM 2005-2010.

4. DIVERSIFIER LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE EN GARANTISSANT UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE

LES CONSTATS RELATIFS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

La prévalence des troubles mentaux, particulièrement des troubles légers et courants, est en nette progression (INSPQ, 2008a). Ces troubles, qui affectent à des degrés divers tant la personne atteinte que son entourage, ont un impact considérable en matière de coûts en soins de santé et de perte de productivité. Il est maintenant admis que le traitement des troubles mentaux ne doit pas se limiter au traitement des symptômes, mais inclure également la réduction des conséquences fonctionnelles et sociales de ces troubles. La réponse aux besoins « biopsychosociaux » des personnes atteintes de troubles mentaux occupe une position capitale dans le secteur de la santé mentale (Fleury et Grenier, 2012). Pourtant, encore aujourd'hui, les médicaments psychotropes sont bien souvent la seule option que sont en mesure de proposer les omnipraticiens aux usagers en détresse psychologique se présentant à leur clinique (Fleury et Grenier, 2012; Robinson, Geske et Prest, 2005; Olfson et autres, 2002). Tout au long de sa démarche d'appréciation de la performance du secteur de la santé mentale, le Commissaire à la santé et au bien-être a été à même de constater à quel point le manque d'alternatives au traitement pharmacologique des troubles mentaux fait consensus, et ce, tant dans la littérature que parmi les différents acteurs consultés. Une majorité d'entre eux, dont plusieurs ordres professionnels, usagers et membres du Forum de consultation, déplorent le peu d'accessibilité aux interventions et aux approches de type psychosocial, avant tout à la psychothérapie, ce qui aurait pour effet de nuire au rétablissement des personnes ayant des maladies mentales.

> « L'enjeu de la médicalisation soulève plusieurs questions chez les membres du Forum. Est-ce que les médicaments sont utilisés adéquatement? Y a-t-il surmédicalisation chez les personnes ayant des troubles de santé mentale? Certains membres ont l'impression que les médicaments sont parfois prescrits rapidement, surtout pour les troubles communs ou modérés. [...] Les prescriptions de médicaments semblent être privilégiées, au lieu d'autres types d'interventions, par exemple des approches cliniques psychosociales telles que la psychothérapie. »
>
> (Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010).

Une efficacité démontrée dans le traitement des troubles mentaux

Depuis plus de cinquante ans, la psychothérapie[45] a fait l'objet de nombreuses recherches empiriques et d'études rigoureuses visant à démontrer son efficacité à court, à moyen et à long terme dans le traitement de différents troubles mentaux. Ces décennies d'évaluation et de recherche ont permis de conclure que plusieurs formes de psychothérapie procurent des bénéfices importants pour la majorité des personnes traitées, soit chez 75 % à 80 % d'entre elles (Lambert et Ogles, 2004). L'abondance des résultats empiriques atteste clairement que la psychothérapie réduit les symptômes, aide à résoudre les problèmes interpersonnels et améliore le rendement au travail et la qualité de vie de la majorité des individus ayant suivi un tel traitement (Lambert et Ogles, 2004). La psychothérapie, qui peut être utilisée seule ou en combinaison avec la médication, a de plus l'avantage, par rapport aux traitements pharmacologiques, d'être sans effets secondaires, alors que ses effets se maintiennent plus longtemps et qu'elle nécessite moins le recours à des traitements supplémentaires (APA, 2012). Par exemple, dans le traitement des troubles de l'anxiété et de la dépression, les patients ayant recours à la psychothérapie acquièrent un éventail de compétences qu'ils continuent d'utiliser après la fin du traitement et qui peuvent généralement s'améliorer encore, même après la fin de celui-ci. La psychothérapie a aussi fait ses preuves dans le traitement de nombreux troubles mentaux chez les enfants et les adolescents (APA, 2012). Ce type de traitements serait même considéré comme plus sécuritaire (moins d'effets secondaires et d'effets à long terme inconnus) que la médication (AFSSAPS, 2006; NICE, 2005).

Les nombreuses études cliniques et méta-analyse réalisées jusqu'à ce jour ont montré qu'il existe une variété d'approches thérapeutiques efficaces pour traiter les troubles mentaux chez les enfants, les adultes et les personnes âgées (APA, 2012). Par exemple, la thérapie cognitive-comportementale[46] est une approche reconnue efficace dans le traitement de la dépression (NICE, 2009a; Layard et autres, 2007; INSERM, 2004), des troubles anxieux, des troubles bipolaires (INSERM, 2004) et de la schizophrénie (Zimmermann, De Roten et Despland, 2008; Zimmermann et autres, 2005; Hollon et Beck, 2004). Plusieurs études ont aussi démontré que cette approche serait au moins aussi efficace que la médication pour le traitement des troubles mentaux légers ou courants (Layard, 2007; Canadian Psychiatric Association, 2006). Par ailleurs, d'autres études ont prouvé l'efficacité de différentes formes de psychothérapie dans le traitement des troubles mentaux, comme la psychothérapie interpersonnelle[47] dans le traitement des dépressions majeures ou les thérapies familiales[48], qui sont particulièrement bénéfiques dans le traitement de la schizophrénie, en association avec la médication (NICE, 2009b; INSERM, 2004), et auprès des enfants et des adolescents anorexiques (Keel et Haedt, 2008; INSERM, 2004). Si certaines approches thérapeutiques

45. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines définit la psychothérapie comme « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé » (Québec, 2009).

46. La thérapie cognitive-comportementale est décrite comme une psychothérapie centrée sur la modification de pensées et de comportements problématiques. Elle s'intéresse d'abord à la solution des problèmes actuels (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012).

47. Cette forme de thérapie brève a pour objectif d'atténuer ou de faire disparaître les symptômes dépressifs. Elle met l'accent sur les relations entre les événements stressants, les difficultés interpersonnelles et l'avènement de la dépression, en plus de chercher à améliorer la communication et le soutien dans le réseau social de la personne.

48. Les thérapies familiales regroupent une grande diversité de pratiques. Elles replacent l'individu dans son système relationnel et considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique.

semblent plus efficaces pour traiter certains troubles mentaux que d'autres, la recherche montre que leur efficacité varierait davantage en fonction des caractéristiques du patient, de sa culture, de ses préférences et de facteurs liés aux thérapeutes qu'en fonction du type de diagnostic ou de l'approche utilisée. La qualité de la relation entre le thérapeute et son client, la participation et la détermination du patient ainsi que la confiance du patient dans la qualité de son traitement sont aussi des éléments essentiels pour assurer le succès d'une psychothérapie (Lambert, 1992).

Les nombreuses études et évaluations effectuées au cours des cinquante dernières années ont donc établi hors de tout doute l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des troubles mentaux, comme alternative à la médication pour une majorité de troubles courants ou encore comme complément à cette dernière pour les troubles graves. Il n'est donc pas surprenant de constater que plusieurs organismes gouvernementaux et scientifiques ayant développé des guides de pratique clinique ou élaboré des recommandations fondées sur les données probantes au cours des dix dernières années font de la psychothérapie une approche thérapeutique de choix dans le traitement des troubles mentaux.

Une alternative qui répond aux préférences des usagers

En plus d'être efficace pour traiter les troubles mentaux, associée ou non à la médication, la psychothérapie serait appréciée de la population, tandis que les psychotropes auraient tendance à être rejetés par une majorité d'individus (Angermeyer et Matschinger, 1996). Selon l'APA (2012), plusieurs études montrent que la plupart des patients consultant un omnipraticien pour des problèmes émotifs ou psychologiques préfèrent se voir offrir une psychothérapie plutôt que des antidépresseurs. Alors que la médication et la psychothérapie ont chacune fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs, des études indiquent que les médicaments sont utilisés de manière prépondérante, alors qu'environ 80 % à 90 % des patients reçoivent uniquement ce type de traitement (Sanderson et autres, 2003). À ce sujet, la littérature démontre que les omnipraticiens, principale porte d'entrée du système de santé et de services sociaux pour les personnes atteintes de maladie mentale, connaissent bien les médicaments psychotropes, mais sont généralement peu formés pour offrir de la psychothérapie (Grenier et autres, 2008), bien qu'ils puissent offrir une relation d'aide. En raison de l'organisation de la pratique médicale qui prévaut, les omnipraticiens auraient aussi tendance à travailler « en silo[49] » (Fleury et autres, 2008b), alors que l'efficacité du travail en collaboration entre les omnipraticiens et les psychologues a été de nombreuses fois démontrée (MSSS, 2005).

> « Moi, je trouve qu'au niveau des choses qui fonctionnent, je dirais qu'on a des bons psychologues [...] Mais je trouve qu'on devrait rendre les services plus accessibles et plus vite quand on en a besoin et qu'on ne soit pas obligé d'attendre une éternité avant de trouver quelqu'un d'adéquat. »
>
> (Groupe de discussion auprès d'usagers ayant des troubles courants, août 2011).

49. Plus de la moitié des omnipraticiens interrogés déclare n'avoir aucun contact avec l'un ou l'autre des dispensateurs de services de santé mentale (psychiatres, CLSC, psychologues en pratique privée, organismes communautaires, etc.) (Fleury et autres, 2008b).

Bien que la psychothérapie soit appréciée par la population, tous n'y ont pas accès. Ainsi, selon un sondage réalisé en 2011 pour le compte de la Société canadienne de psychologie, 52 % des Canadiens interrogés (57 % des Québécois) considèrent être en mesure de pouvoir accéder aux services d'un psychologue au moyen d'un régime de soins d'assurance maladie complémentaire de leur employeur (Ekos, 2011). Une enquête pancanadienne sur le système de soins en santé mentale, menée en 2011 pour le compte de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, relève pour sa part que l'absence de couverture d'assurance pour certains services a empêché un peu plus d'un répondant sur deux (59 %) d'avoir recours aux mesures de soutien dont il avait besoin, telles que les services d'un thérapeute, d'un psychologue ou d'autres professionnels (Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2011). Par ailleurs, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne de Statistique Canada réalisée en 2002, la psychothérapie fait partie des services dont les personnes ayant des problèmes psychologiques auraient eu le plus besoin à l'époque : c'était plus de la moitié (52,4 %) des Québécois âgés de 15 ans et plus, ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale, qui auraient eu besoin d'une thérapie ou de counseling. En comparaison, 40,6 % de ces personnes auraient eu besoin d'information sur les troubles émotionnels et 10,6 %, de l'aide pour des problèmes financiers (Statistique Canada, 2002).

Les Canadiens, spécialement ceux ayant le revenu le plus bas, font face à des obstacles importants lorsqu'ils veulent utiliser des services de psychothérapie. Le sondage Ekos révèle que les coûts associés à une telle intervention et l'absence de couverture des régimes de santé provinciaux ou territoriaux sont les deux principaux obstacles, selon les Canadiens interrogés[50]. À ce sujet, le sondage révèle que 80 % des Canadiens interrogés, peu importe leur revenu, considèrent que, s'ils devaient payer eux-mêmes pour des services de psychologie, les coûts représenteraient un obstacle important, voire très important. Ce taux s'élève à 86 % pour les personnes dont le revenu familial est inférieur à 40 000 $ (Ekos, 2011). D'après une enquête réalisée en Ontario, les coûts associés à la psychothérapie sont également considérés par les médecins de famille comme le plus grand obstacle à la référence de leurs patients vers ce type de services (Grenier et autres, 2008). Par ailleurs, la plupart des Canadiens semblent appuyer l'idée d'une meilleure couverture publique de ces services : 85 % des Canadiens (90 % des Québécois) interrogés jugent qu'il est « important » ou « très important » de faire en sorte que les services de psychologie soient couverts par les régimes de santé publics (Ekos, 2011).

Les résultats de ces différents sondages et enquêtes indiquent clairement que l'accès actuel aux services de psychothérapie est inadéquat et inégal. Prenant acte de ce problème, la CSMC a d'ailleurs recommandé, dans sa toute récente Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, d'accroître l'accessibilité de la psychothérapie et du counseling clinique et d'éliminer l'obstacle financier qui empêche les enfants, les jeunes et leur famille d'avoir accès aux services de psychothérapie (CSMC, 2012a).

50. Au Québec, ce sont les délais d'attente pour voir un psychologue qui viennent en deuxième place parmi les obstacles déterminés dans le cadre du sondage, suivis de près par l'absence de couverture du régime de santé provincial pour les services offerts par les psychologues (Ekos, 2011).

Un investissement rentable à long terme

En plus d'être efficace dans le traitement des troubles mentaux et de répondre aux besoins et aux préférences des usagers, la psychothérapie constitue un investissement rentable à long terme (Moulding et autres, 2009). En effet, ces études démontrent qu'elle peut à la fois être plus économique que la médication et réduire, voire éviter, l'utilisation ultérieure de services de santé. Par exemple, dans le traitement de la dépression, Antonuccio, Thomas et Danton (1997) ont montré que le coût global de 20 séances de thérapie cognitive-comportementale, offertes sur une période de deux ans, était 30 % moins élevé qu'un traitement par antidépresseurs (équivalent à 40 mg de fluoxetine par jour et à un rendez-vous toutes les six semaines avec un psychiatre). Keller et autres (2001), dans une étude allemande, mettent en évidence que, à la suite d'une psychothérapie de longue durée, le nombre moyen de journées d'hospitalisation passe de 1,6 avant le début du traitement à 0,8 pendant le traitement et que cette diminution reste stable par la suite (Zimmermann et autres, 2008). Globalement, une méta-analyse portant sur 91 études publiées de 1967 à 1997 a démontré que, grâce aux interventions psychologiques, les économies réalisées sur les coûts des services médicaux sont de l'ordre de 20 à 30 % (Chiles, Lambert et Hatch, 1999).

Plus récemment, Layard et autres (2007), dans une analyse économique sur les coûts et les bénéfices de la psychothérapie, ont montré qu'un meilleur accès à la psychothérapie au Royaume-Uni permettrait de réduire les dépenses dans le secteur de la santé mentale, en réduisant le nombre de références vers les services spécialisés, le nombre d'hospitalisations, le nombre de consultations chez les médecins généralistes et le nombre de prescriptions de médicaments. Les références à des services de santé mentale spécialisés ont ainsi chuté de 80 % lorsque les omnipraticiens pouvaient diriger leurs patients vers une clinique Cognitive-Behavioural Therapy à proximité. Quand cette ressource a été enlevée, le taux de référence serait revenu au taux d'origine. Layard et autres (2007) ont évalué à environ 480 dollars canadiens les économies globales du National Health Service par personne traitée sur une période de deux ans – services de santé mentale et physique confondus. Plus encore, cette étude indique que les coûts associés à un accès élargi à la psychothérapie seraient compensés par la diminution des coûts liés à la perte de productivité qu'entraînent les troubles mentaux, coûts estimés à environ 6 milliards de dollars en 2011 pour le Canada (CSMC, 2012*a*). Ultimement, rehausser l'accès à la psychothérapie contribuerait donc à diminuer le nombre de journées de maladie pour des raisons de troubles mentaux et faciliterait le retour au travail des personnes touchées. Le Royaume-Uni – qui est, avec l'Australie, le seul pays à soutenir financièrement l'accès à la psychothérapie (voir les encadrés ci-après) – a ainsi fait le pari qu'un meilleur accès aux psychothérapies s'autofinancerait par la réduction des coûts publics associés à la dépression et à l'anxiété (chômage, assurance-emploi et coûts médicaux) ainsi que par l'accroissement des revenus (impôts découlant du retour au travail, productivité accrue, etc.). « Les coûts incombant au gouvernement seraient entièrement récupérés par les économies réalisées sur les prestations d'invalidité et par les impôts supplémentaires que générera le retour au travail de plus de personnes aptes à travailler. Selon nos estimations, les coûts pourraient être absorbés à l'intérieur de deux ans et sûrement avant cinq ans. » (Layard et autres, 2007, p. 2 – traduction libre).

Pour toutes ces raisons, le Commissaire estime que rehausser l'accès à la psychothérapie – comme l'ont fait le Royaume-Uni et l'Australie – permettrait de réduire les inégalités d'accès observées, de diminuer le nombre de personnes invalides, de réduire les coûts sociaux et économiques liés aux troubles mentaux et, ainsi, d'améliorer la santé et le bien-être des Québécois.

L'expérience du Royaume-Uni

En 2006, le Royaume-Uni a lancé le programme Improving Access for Psychological Therapies (IAPT), une initiative à grande échelle, dont le but était d'augmenter l'accès aux psychothérapies, basée sur des données probantes et recommandée par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), pour les personnes atteintes de troubles anxieux et dépressifs. Ce programme a été mis sur pied pour offrir aux usagers des thérapies psychologiques en première ligne, combinées si nécessaire avec la médication qui, traditionnellement, était le seul traitement disponible. En plus de rendre accessibles différentes psychothérapies dans les centres de soins de première ligne (Primary Care Trusts), cette initiative a nécessité de mettre sur pied un important programme de formation, dont l'objectif est de former des psychothérapeutes qualifiés.

Dans la première étape du programme IAPT, qui s'est déroulée sur une période de 13 mois (2006-2007), deux projets pilotes ont été mis en place. Chacun avait pour mission d'accroître la disponibilité des thérapies cognitives-comportementales pour les adultes atteints de dépression ou de troubles anxieux. Leur raison d'être consistait à statuer sur l'efficacité d'une offre significativement accrue en matière de services de psychothérapie, basés sur des données probantes, auprès de personnes ayant des troubles mentaux courants. Ces projets pilotes ont été couronnés de succès : le taux de guérison des personnes suivies était semblable à celui obtenu dans les essais cliniques (la moitié des gens ont été rétablis à la suite de leur thérapie). Les deux projets auraient aussi permis d'aider les usagers à demeurer ou à retourner au travail.

Comme les résultats de ces projets pilotes ont été prometteurs, le gouvernement annonçait en octobre 2008 un investissement annuel s'élevant à environ 272 millions de dollars canadiens en 2010-2011 pour financer le déploiement de la psychothérapie à travers l'Angleterre pour les personnes ayant une dépression ou des troubles anxieux. Cet investissement était en fait la première phase d'implantation du programme, qui devait s'échelonner sur une période de six ans et qui visait à établir la formation, les services, les nouvelles technologies de l'information et les infrastructures nécessaires à travers le pays. D'après les dernières données disponibles couvrant la période d'octobre 2008 à mars 2011, les résultats seraient les suivants :

- 142 des 151 centres de soins de première ligne en Angleterre disposaient de services du programme IAPT dans au moins une partie de leur zone d'attraction et un peu plus de 50 % de la population adulte avait accès à ce programme;
- Plus de 600 000 personnes avaient commencé une psychothérapie, plus de 350 000 l'avaient complétée, plus de 120 000 étaient rétablies et plus de 23 000 n'avaient plus besoin de se prévaloir des dispositions de l'assurance-salaire relativement à leurs indemnités de maladie.

À la suite du succès du programme IAPT, le gouvernement du Royaume-Uni s'est engagé en 2011 à investir l'équivalent de 629 millions de dollars canadiens au cours des quatre prochaines années pour renforcer l'accès aux psychothérapies, notamment des thérapies cognitives-comportementales, en Angleterre. Cet investissement servira non seulement à compléter l'implantation du programme, mais aussi à l'étendre aux enfants, aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes ayant une maladie chronique ainsi qu'à celles ayant des troubles mentaux graves.

Sources : IAPT, 2012a et 2012b; Vasiliadis, 2011.

L'expérience de l'Australie

En Australie, le programme *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule* (ci-après *Better Access*), lancé en novembre 2006, était l'une des initiatives les plus importantes du *National Action Plan on Mental Health 2006-2011* du Council of Australian Governments. *Better Access*, dont l'investissement s'élèverait à environ 1,45 milliards de dollars canadiens de 2006 à 2009, a été introduit dans le but ultime d'améliorer la santé des personnes atteintes de troubles mentaux, plus spécifiquement celles atteintes de troubles courants, en favorisant une approche multidisciplinaire pour leurs soins de santé mentale. L'initiative visait à « améliorer le traitement et la prise en charge de la maladie mentale, accroître l'accès de la population à des services de professionnels et à des équipes de soins en santé mentale ainsi que d'offrir des soins de santé mentale plus abordables. Les omnipraticiens étaient encouragés à collaborer plus étroitement avec les psychiatres, les psychologues cliniciens, les psychologues, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes » (Vasiliadis, 2011, site Internet).

En vertu du programme *Better Access*, une gamme de nouveaux services psychologiques ont été rendus disponibles par l'intermédiaire du programme Medicare de l'Australie. Les psychiatres, les omnipraticiens et les psychologues (ainsi que les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes adéquatement formés) peuvent prodiguer des soins de santé mentale subventionnés par le programme Medicare, pour lesquels les patients ne paient pas. Medicare couvre désormais la totalité ou une partie des coûts de certains services psychologiques – dont 12 séances de psychothérapie par année – offerts par les psychologues (ainsi que les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes sélectionnés), sur recommandation d'un médecin généraliste, d'un psychiatre ou d'un pédiatre. Auparavant, ces coûts auraient été assumés par l'usager, soit directement, soit par l'assurance maladie privée. Contrairement au Royaume-Uni, l'accès aux services psychologiques en Australie est offert par des fournisseurs de soins privés.

Depuis l'implantation de *Better Access*, un nombre grandissant d'Australiens auraient eu accès aux services de santé mentale : 2,7 millions, 3,8 millions et 4,6 millions de services de santé mentale auraient été donnés en 2007, en 2008 et en 2009. Une évaluation réalisée par Pirkis et autres (2011) a montré que *Better Access* a amélioré l'accès aux soins de santé mentale pour les personnes atteintes de troubles mentaux courants. Les résultats de cette étude indiquent que les usagers remarquent une réduction de leur détresse psychologique, de leur dépression, de leur anxiété ou de leur stress.

Sources : The Hon Mark Butler MP, 2011; Pirkis et autres, 2011; Vasialiadis, 2011; Parliament of Australia, site Internet.

Les modèles du Royaume-Uni et de l'Australie représentent deux approches permettant de rehausser l'accès à la psychothérapie, quoique de manière différente, en ce qui a trait à la manière de dispenser et de financer les services de psychothérapie. En effet, le Royaume-Uni privilégie l'intégration du plus grand nombre de psychothérapeutes dans le réseau public, alors que l'Australie opte plutôt pour un modèle mixte privé-public.

LA SITUATION AU QUÉBEC

Au Québec comme ailleurs au Canada, la psychothérapie n'est pas reconnue comme un traitement médicalement nécessaire. Elle n'est donc pas assurée en vertu de la Loi canadienne sur la santé[51] (1985) et ne fait pas non plus l'objet de remboursement par les régimes provinciaux d'assurance maladie. Si, au fil des années, le Québec a étendu la gamme des services admissibles au financement par la RAMQ, par exemple pour certains services dentaires ou optométriques pour les enfants et les personnes à faible revenu, la psychothérapie ne fait toujours pas partie des services assurés, même pour les clientèles plus vulnérables (enfants, personnes à faible revenu, etc.). Par ailleurs, le Québec a fait le choix de rembourser les soins psychologiques dans quelques rares exceptions : pour les victimes de la route, par la Société de l'assurance automobile du Québec, pour les victimes d'actes criminels, par l'indemnisation des victimes d'actes criminels, et pour les personnes ayant subi une lésion professionnelle, par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Au Québec, seuls les médecins, les psychologues et les professionnels de la santé détenant un permis de psychothérapeute peuvent pratiquer la psychothérapie depuis l'entrée en vigueur en juin 2012 d'une mesure dans la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (voir l'encadré). La majorité des consultations a lieu en cabinet privé. Ainsi, en 2001, environ 80 % des consultations auprès de psychologues avaient été réalisées dans le secteur privé (Romanov et Marchildon, 2003). Les services dans le secteur privé sont dispensés par des psychologues ou encore par des psychothérapeutes de différentes approches théoriques et ils sont à la charge des usagers. Les personnes qui disposent d'une assurance collective ou qui ont accès à un programme d'aide aux employés se voient ensuite rembourser, en partie ou en totalité, ces frais par leur compagnie d'assurance ou par leur employeur. Les autres doivent eux-mêmes assumer le coût de tels services.

51. Les services de santé régis par la Loi canadienne sur la santé « sont déterminés selon le principe de la "nécessité médicale", qui relève du critère d'intégralité. Selon ce principe, tous les services nécessaires sur le plan médical fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés par les régimes provinciaux d'assurance-santé. Il appartient à chaque gouvernement provincial, en collaboration avec la collectivité médicale, de déterminer quels services répondent à l'exigence de la "nécessité médicale" » (Kirby, 2001, site Internet).

Encadrement de la psychothérapie

En 2009, le Québec adoptait la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, dans le but de redéfinir les champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Cette loi vise, entre autres, à encadrer de façon rigoureuse la pratique de la psychothérapie en vue d'assurer au public que les personnes qui l'exercent sont compétentes et ainsi de mieux protéger les clientèles vulnérables (Office des professions du Québec, site Internet). Elle vient donc mettre fin à l'ambiguïté qui régnait dans le secteur de la psychothérapie, une situation largement décriée par les professionnels, les regroupements d'usagers en santé mentale et les médias. La Loi propose une définition de la psychothérapie, une réserve de la pratique et du titre de psychothérapeute aux seuls professionnels autorisés (psychologues, médecins et détenteurs d'un permis de psychothérapeute), une obligation de formation continue, la gestion du permis de psychothérapeute par l'Ordre des psychologues du Québec et la création d'un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie (Office des professions du Québec, 2012).

Depuis l'entrée en vigueur, le 21 juin 2012, du Règlement sur le permis de psychothérapeute, seuls les médecins et les psychologues n'ont pas à obtenir de permis pour devenir psychothérapeutes. Les membres des ordres professionnels – tels que l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux, l'Ordre des ergothérapeutes et l'Ordre des infirmières et infirmiers – doivent ainsi satisfaire aux exigences suivantes pour obtenir leur permis (Québec, 2012) :

1° Être titulaire d'un diplôme universitaire de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines;

2° Posséder une formation théorique de niveau universitaire en psychothérapie de 765 heures. Cette formation doit avoir été acquise dans le cadre du programme d'études menant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au permis d'un des ordres professionnels.

3° Avoir complété avec succès un stage supervisé relié à au moins un des quatre modèles théoriques d'intervention, soit les modèles psychodynamiques, les modèles cognitivo-comportementaux, les modèles systémiques et les théories de la communication et les modèles humanistes.

Quant aux personnes qui exercent présentement la profession de psychothérapeute, elles disposent, sous réserve de certaines conditions, d'un délai de deux ans pour demander un permis de psychothérapeute par la reconnaissance des droits acquis (Québec, 2012). Par ailleurs, la nouvelle loi distingue les interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie, comme la rencontre d'accompagnement, la relation d'aide, l'intervention familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation psychosociale, la réadaptation psychiatrique, le suivi psychiatrique et le counseling (Office des professions du Québec, 2012; Québec, 2012).

Au Québec, il est aussi possible d'avoir recours aux services de psychologues ou de professionnels de la santé exerçant la psychothérapie dans le réseau de la santé et des services sociaux : dans les hôpitaux, les CSSS (équipes de santé mentale) et les centres de réadaptation. Les coûts de ces services sont alors assumés par l'État. Les délais d'attente seraient toutefois très longs, variant de plusieurs semaines à plusieurs mois, ce qui ne permet pas souvent un accès en temps opportun. Plusieurs raisons expliqueraient les problèmes d'accès à la psychothérapie dans le réseau de la santé et des services sociaux, dont le manque de personnel habilité à rendre ces services, le nombre limité de psychologues exerçant dans le réseau public ou encore le manque de ressources investies dans ce domaine d'intervention, en comparaison de celles consacrées à la médication (Fleury et Grenier, 2012). À ce sujet, on sait que le MSSS évalue actuellement à plus de 160 le nombre de postes vacants de psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux (voir l'encadré), et que ce réseau doit composer avec des équipes de santé mentale en CSSS – dont les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux sont le noyau central –, équipes qui sont partiellement consolidées, comme il a été mentionné dans la grande recommandation précédente.

Un déficit de psychologues dans le réseau

En 2011, le Québec comptait environ 8 000 psychologues actifs se répartissant entre le secteur privé (en cabinet), le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux. Près de 2 200 d'entre eux travaillaient, à temps plein ou à temps partiel, dans le réseau de la santé et des services sociaux (hôpitaux, cliniques spécialisées, CSSS, etc.) (Beaulieu, 2012). D'après les plus récentes données colligées par le MSSS, le réseau de la santé et des services sociaux est actuellement confronté à un déficit important de psychologues : de 160 à 175 postes seraient vacants dans l'ensemble du réseau. À ces postes non comblés s'ajoutent environ 130 à 140 départs par année pour cause de retraite, de décès ou de départ sur une base volontaire. Par ailleurs, le taux de rétention des psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux est des plus préoccupants, puisqu'il est le plus bas de l'ensemble des professionnels du réseau après cinq ans, soit 63 %. D'après les estimations du MSSS, le déficit de psychologues dans le réseau sera d'approximativement 445 dans dix ans (Beaulieu, 2012). Espérant attirer de nouveaux diplômés et freiner le départ, vers le privé, de nombreux psychologues déjà en fonction, le MSSS a d'ailleurs récemment décidé d'accorder aux psychologues travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux des primes de 12 % à 15 % jusqu'en 2015.

D'après l'Ordre des psychologues du Québec, la difficulté de recrutement des psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux ne peut toutefois pas s'expliquer par le manque de psychologues au Québec, puisque le Québec présente le ratio le plus élevé de psychologues au Canada. Elle s'explique plutôt par les conditions salariales inadéquates qui leur sont offertes dans le réseau public, compte tenu de leur haut niveau de scolarité (un doctorat), ce qui inciterait les psychologues fraîchement diplômés à s'orienter davantage vers le privé. L'Ordre note également une diminution de certaines activités qui enrichissaient le travail des psychologues dans le public, telles l'appartenance à une équipe, la formation continue et la supervision (Charest, 2010).

Le problème au Québec ne semble donc pas être la disponibilité des psychothérapeutes. Il réside plutôt dans l'accès inéquitable à ce type d'interventions : les personnes ayant un revenu élevé ou une assurance collective peuvent avoir recours à une psychothérapie dans le privé, alors que les autres doivent attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour y avoir accès dans le secteur public. De tels délais d'attente peuvent avoir des conséquences importantes pour la clientèle déjà vulnérable, dont le risque de chronicisation et le risque suicidaire.

QUELLES SONT LES OPTIONS À PRIVILÉGIER ?

Malgré l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux et les preuves émanant de la littérature scientifiques, qui font état de l'efficacité et de la rentabilité de la psychothérapie dans le traitement des troubles mentaux, le recours à la médication prédomine (Robinson,

Geske et Prest, 2005). Il existe pourtant des recommandations claires concernant l'utilisation justifiée de la psychothérapie dans la majorité des guides de pratique clinique, puisque les données probantes démontrent que la psychothérapie devrait être le traitement de première intention dans la majorité des cas de dépression et d'anxiété. Plus encore, les recherches indiquent que les usagers préfèrent généralement la psychothérapie aux antidépresseurs.

Bien que la psychothérapie soit reconnue comme un traitement efficace, elle ne fait pas partie du panier de services assurés. D'après les consultations effectuées par le Commissaire et la littérature recensée, la psychothérapie ne devrait pas seulement être accessible aux personnes les plus riches ou encore à celles qui possèdent une assurance collective. Elle devrait aussi l'être, en temps opportun, en fonction des besoins thérapeutiques, indépendamment des ressources financières d'un individu. Le réseau de la santé et des services sociaux québécois doit prendre acte de cette iniquité et chercher à éliminer les obstacles qui privent plusieurs enfants et adultes québécois atteints de troubles mentaux d'un accès à la psychothérapie. À l'instar de Moulding et autres (2009), le Commissaire croit que la question à laquelle sont confrontés les décideurs publics du Canada n'est maintenant plus de savoir s'il faut rehausser l'accès à la psychothérapie, puisque les arguments en sa faveur sont trop nombreux, mais plutôt d'envisager quelle est la meilleure approche pour fournir un accès élargi et plus équitable aux services de psychothérapie. Bien qu'un accès élargi à la psychothérapie engendrera des coûts importants, les retombées positives d'une telle mesure sont telles que le Commissaire la considère comme un investissement à long terme plutôt qu'une dépense. En effet, assurer un accès équitable à la psychothérapie améliorera non seulement la santé et le rétablissement des Québécois aux prises avec un trouble mental, mais aussi la performance du système de santé et de services sociaux et de la société dans son ensemble.

Le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

4. DIVERSIFIER LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE EN GARANTISSANT UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE

Plus précisément, voici les actions à entreprendre :

4.1 Évaluer les différents modèles organisationnels qui permettraient de donner accès à la psychothérapie pour toute personne ayant un trouble mental requérant une psychothérapie.

4.2 Déterminer les modalités de financement requises pour la mise en œuvre d'une telle mesure.

5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE

L'IMPORTANCE DU SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ ET DES SERVICES D'INTÉGRATION SOCIALE POUR UN RÉEL RÉTABLISSEMENT

Depuis plus de trente ans déjà, le traitement des troubles mentaux graves ne se résume plus à la réduction des symptômes et au traitement en milieu hospitalier, mais a pour objectif le rétablissement et la réinsertion de la personne dans sa communauté. L'intégration au travail des personnes atteintes de troubles mentaux graves est toutefois, encore aujourd'hui, grandement problématique, puisque 80 % à 90 % d'entre elles se retrouvent sans emploi. L'aide sociale représente généralement leur unique source de revenu[52] (Stuart et Arboleda-Florez, 2009). Le pourcentage de personnes qui ont un trouble mental n'ayant pas accès à un logement convenable est aussi préoccupant : il est plus élevé que celui rencontré dans la population générale (27 % contre 15 %) (Kirby et Keon, 2006). Or, on sait qu'avoir un logement, faire des études et obtenir un emploi sont des conditions essentielles à l'intégration sociale et au rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux graves (Fleury et Grenier, 2012; Gélinas, 2009). Le PASM 2005-2010 affirmait d'ailleurs qu'« en plus de fonder l'ensemble de ses actions sur la foi dans les capacités des personnes, un système qui vise à redonner une place en société aux personnes aux prises avec des troubles mentaux doit agir sur les différents éléments de la vie en société que sont le logement, le travail, les études et les autres activités significatives sur le plan social » (MSSS, 2005, p. 15). Partant du constat que les services d'intégration sociale sont insuffisants et se doivent d'être améliorés, le MSSS a introduit dans ce plan d'action des mesures visant à développer, pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, des services de soutien dans la communauté et d'intégration sociale afin de « faciliter la vie des personnes dans la communauté » et afin qu'elles soient « en mesure d'exercer leur citoyenneté ». Depuis, des équipes de suivi intensif, de soutien d'intensité variable ainsi que des services d'intégration sociale sont déployés (accès au logement, intégration en emploi et soutien aux études).

52. Parmi les personnes qui sont prestataires du Programme de solidarité sociale, programme qui vise à accorder une aide financière de dernier recours aux personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi, 42,2 % le sont pour des troubles mentaux, comparativement à 34,8 % qui le sont pour des problèmes d'ordre physique, auditif, visuel ou de la parole (MSSS, 2012).

Les consultations menées par le Commissaire, de même que les constats de l'évaluation du PASM 2005-2010, suggèrent que les mesures visant l'intégration sociale et, dans une moindre mesure, celles du soutien dans la communauté sont loin d'être complètement implantées, et ce, même si leur importance pour les personnes ayant des troubles mentaux graves est reconnue. Pourtant, ce sont des mesures considérées comme essentielles pour le rétablissement, en plus de participer à la lutte aux préjugés et à la stigmatisation. Pour les personnes consultées, le retour sur le marché du travail ou aux études, parce qu'il permet aux personnes atteintes de troubles mentaux de jouer un rôle actif dans la société, contribue indéniablement à la lutte à la stigmatisation envers la maladie mentale dans la société en général.

Le déploiement des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable

Cette section du rapport d'appréciation sur le suivi intensif et le soutien d'intensité variable s'appuie en grande partie sur un document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier : *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Ce document, réalisé à la demande du Commissaire, présente un état des connaissances sur la santé mentale, effectué à partir d'une recension des écrits dans ce secteur. Il est disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

L'importance d'offrir des soins et services dans la communauté aux personnes présentant des troubles mentaux graves n'est plus à démontrer. Au Québec, les mesures de soutien dans la communauté existent depuis près de trente ans, sous différentes formes. En 2005, le MSSS reconnaissait l'importance de ces mesures et décidait d'inclure dans son plan d'action le suivi intensif et le soutien d'intensité variable, deux mesures fondées sur des données probantes.

Développé aux États-Unis à la fin des années 1970, le suivi intensif (Assertive Community Treatment) a été l'une des premières pratiques fondées sur des données probantes reconnues pour le traitement des personnes atteintes de schizophrénie (Drake et autres, 2000). Le suivi intensif en équipe est « une façon d'organiser le travail d'une équipe interdisciplinaire pour qu'elle puisse donner, de façon cohérente et intégrée, des traitements psychiatriques ainsi que des services de réadaptation et de soutien à des personnes qui ont des troubles mentaux graves » (Institut universitaire en santé mentale Douglas, site Internet – 3). Les bénéfices du suivi intensif sont nombreux : réduction du nombre et de la durée des hospitalisations ainsi que des symptômes; augmentation de la stabilité résidentielle et du retour sur le marché du travail; diminution des risques d'itinérance, de judiciarisation et d'abus de substance; amélioration de la qualité de vie; etc. (Fleury et Grenier, 2012).

Le suivi intensif

Le suivi intensif s'adresse aux personnes présentant d'importantes incapacités fonctionnelles, à risque très élevé d'hospitalisations multiples et pour lesquelles les traitements et services offerts auparavant se sont avérés inefficaces (Goering et autres, 1988). Il s'agit généralement de personnes atteintes de schizophrénie et présentant également d'autres problèmes complexes, comme l'itinérance et la polytoxicomanie. Le suivi intensif offre une solution de rechange à l'hospitalisation en assurant une continuité de soins dans la communauté (Gélinas, 2009). Il repose sur la responsabilité collective d'une équipe composée d'un psychiatre et de divers professionnels (infirmières, travailleurs sociaux, etc.), qui assument des services intensifs de traitement, de réadaptation et de suivi dans le milieu de vie des personnes dans une perspective à long terme (Gélinas, 1998). La durée indéfinie du suivi permet l'établissement d'une alliance thérapeutique solide (Descombes, 2010). Les intervenants travaillent en interdisciplinarité et chacun d'entre eux peut intervenir avec chaque client (Descombes, 2010). Ce partage de l'ensemble des cas (*caseload*) permet de diminuer l'impact négatif que le départ d'un intervenant peut avoir sur le rétablissement d'un client (Descombes, 2010). Le ratio intervenant/clients est généralement de un pour dix et les usagers peuvent recevoir plusieurs visites par jour ou par semaine selon leurs besoins.

Le soutien d'intensité variable, pour sa part, est une intervention qui assure une continuité de soins aux personnes ayant des troubles mentaux graves, mais dont l'intégration dans la communauté est moins entravée par la maladie que dans le cas du suivi intensif. « Alors que le suivi intensif doit nécessairement être pris en charge par un établissement du réseau public (en raison de la présence d'un psychiatre dans l'équipe), le soutien d'intensité variable peut être assumé tout autant par un organisme public que par un organisme communautaire, constitué exclusivement ou non pour offrir un tel service. » (Fleury et Grenier, 2012, p. 101). Plusieurs études ont montré « les forces de cette méthode de pratique, soit aider les gens atteints de troubles mentaux graves à bien s'intégrer dans leur communauté, à éviter les hospitalisations et à prendre la route du rétablissement » (GP-Québec, site Internet).

Le soutien d'intensité variable

Il s'agit habituellement d'une intervention individualisée peu intensive, par exemple une visite hebdomadaire ou moins de deux visites par mois. L'intervention vise surtout le maintien dans la communauté et l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves par le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. Le soutien d'intensité variable accorde une grande importance au développement de l'autonomie de la personne et à son autodétermination dans une perspective d'appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). Les services sont surtout dispensés directement dans le milieu (domicile de la personne, café, organismes communautaires, etc.) et s'adaptent aux changements que vit la personne dans son quotidien. Le gestionnaire de cas évalue les besoins de la personne, développe avec lui un plan d'intervention ou un plan de services individualisés, dispense certains services et coordonne les rendez-vous avec les autres dispensateurs de soins (CSSS, médecin de famille, organismes communautaires, etc.). La fréquence des rencontres entre la personne utilisatrice et son intervenant est modulée en fonction des besoins de la personne. Les services sont offerts habituellement pour une durée limitée. Le nombre de personnes suivies par un gestionnaire de cas varie considérablement, mais un maximum de 25 personnes est habituellement recommandé (MSSS, 2005).

Lors de son lancement, le PASM 2005-2010 avait prévu 70 places pour 100 000 habitants pour le suivi intensif et 250 places pour 100 000 habitants pour le soutien d'intensité variable[53]. Ses cibles avaient pour objectif de répondre à 75 % des besoins en matière de suivi intensif dans la communauté et 100 % des cibles pour le soutien d'intensité variable. Il prévoyait aussi que les CSSS devaient veiller à assurer la présence de pairs aidants au sein de 30 % des équipes d'ici 2010. Par ailleurs, afin d'actualiser les objectifs du PASM 2005-2010 à l'égard des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable et d'encadrer les pratiques sur la base des données probantes, le MSSS a mis en place, en juin 2008, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) (voir l'encadré). Selon les consultations du Commissaire et l'évaluation du PASM 2005-2010 effectuée par le MSSS, l'implantation et le développement des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, de même que l'intégration des pairs aidants, présenteraient des disparités importantes d'une région à l'autre du Québec. Les personnes consultées considèrent donc qu'il est essentiel de poursuivre le travail afin de compléter la mise en place de ces équipes.

53. Il est à noter que le suivi intensif et le soutien d'intensité variable ne sont offerts qu'aux adultes.

Le Centre national d'excellence en santé mentale

Créé en juin 2008, le CNESM a pour mandat de soutenir le développement de pratiques cliniques de qualité en s'appuyant sur la littérature scientifique. Il vise le soutien à l'implantation et à l'amélioration continue de la qualité des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté, pour les adultes atteints d'un trouble mental grave. Le CNESM offre des activités de sensibilisation, d'information et de formation, ainsi que des services de consultation et de coaching aux gestionnaires et aux intervenants du réseau public et du réseau communautaire qui travaillent à la mise en œuvre des programmes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté.

Selon le CNESM, pour amener des changements de pratique profonds et durables, il est important d'accompagner les équipes sur le terrain (coaching), car la formation initiale ne suffit pas. De plus, ce centre cherche à refléter l'évolution dans le suivi intensif et le soutien d'intensité variable en rendant ces pratiques plus compatibles avec le rétablissement. Dernièrement, son mandat a été élargi pour inclure le soutien aux services de santé mentale de première ligne.

Sources : Latimer et Rabouin, 2011; Institut universitaire en santé mentale Douglas, site Internet – 2.

L'accès aux études

L'accès aux études – de même que leur réussite – est déterminant pour soutenir le rétablissement des personnes présentant des troubles mentaux. En effet, les études peuvent permettre de briser le cycle de la pauvreté, auquel sont particulièrement confrontées les personnes ayant des troubles mentaux, mais aussi de soutenir leur développement personnel et leur participation sociale (OMS, 2012c; Conseil de la science et de la technologie, 2009). L'éducation est effectivement largement reconnue comme un déterminant clé du bien-être personnel, qui contribue à la formation du capital humain (OMS, 2011c). La difficulté d'obtenir un diplôme ou une qualification représente un coût économique et social élevé. Il est donc préoccupant de constater que, dès le niveau primaire et secondaire, le taux d'obtention d'un diplôme distingue déjà les élèves présentant un trouble mental[54] des autres élèves : ce taux serait de moins de 25%, comparativement à environ 72% pour la moyenne des élèves québécois de moins de 20 ans (MELS, données non publiées). Pour les élèves dont le trouble mental apparaît plus tard, par exemple au moment où ils fréquentent déjà un établissement postsecondaire, la possibilité d'obtenir un diplôme ou une qualification est aussi grandement compromise. En effet, les troubles mentaux interfèrent considérablement avec le parcours scolaire et peuvent même conduire à l'interruption des études (Béguet et Fortier, 2004).

54. La terminologie du MELS pour ces élèves est « trouble relevant de la psychopathologie » (MELS, 2007).

On constate depuis quelques années dans les établissements d'enseignement postsecondaire du Québec une augmentation et une diversification des clientèles ayant des besoins particuliers, notamment celles présentant un trouble mental. Cela peut être vu, entre autres, comme une réussite des politiques et des programmes de l'enseignement primaire et secondaire, qui prônent de façon plus soutenue depuis la fin des années 1990 la volonté de mettre de l'avant des avenues différentes pour soutenir les élèves en difficulté ou en situation de handicap et viser la réussite pour tous (MEQ, 1999). Si la nécessité pour les collèges et les universités de mettre en place une offre de services pour répondre aux besoins nombreux et diversifiés de ces personnes est reconnue, leur capacité de faire est toutefois limitée (MELS, 2010a). Cette volonté de faire plus et mieux pour ces personnes est aussi clairement énoncée, que ce soit par le MELS lui-même ou dans des orientations ou des plans d'action gouvernementaux, comme la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* ou le Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015. Dans une perspective de développement des individus et des communautés ainsi que d'efficacité et d'efficience, il faut souligner l'importance de consulter les partenaires du milieu et de se concerter sur les modifications à apporter aux mesures existantes, de même que sur les services de soutien aux études à mettre en place pour les personnes ayant des troubles mentaux (MELS, 2010a).

En ce qui concerne le soutien aux études des jeunes atteints de troubles mentaux, le MSSS avait comme objectif, sur le plan national, de mettre en place des mesures de soutien aux études. En effet, le PASM 2005-2010 visait à ce que le MSSS collabore avec le MELS et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) afin de mettre en place des mesures de soutien conjointes, pour permettre à des jeunes atteints de troubles mentaux de poursuivre leurs études[55] (MSSS, 2012e). La cible était d'accroître le nombre de jeunes ayant bénéficié de mesures particulières de soutien dans leurs études (MSSS, 2005). Les résultats de l'évaluation du PASM 2005-2010 indiquent qu'il y a encore du travail à effectuer à l'égard du soutien aux études afin d'optimiser l'implantation de la mesure sur une base régionale et locale. Les consultations effectuées par le Commissaire arrivent d'ailleurs au même constat.

L'intégration au travail

Plusieurs enquêtes suggèrent qu'environ 50 % à 70 % des personnes ayant des troubles mentaux graves désirent travailler (Frounfelker et autres, 2011; Ramsay et autres, 2011). Les bienfaits du travail pour ces personnes, et son rôle dans leur rétablissement, sont largement reconnus (Borg et Kristiansen, 2008; Boyce et autres, 2008; Provencher et autres, 2002). Il existe au Québec plusieurs programmes d'intégration en emploi, auxquels les personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent participer, qui relèvent soit du MSSS, soit du MESS. L'analyse des programmes actuels visant l'intégration en emploi des personnes atteintes de troubles mentaux graves mène à trois principaux constats (Latimer, 2008b). Tout d'abord, bien qu'il existe de nombreux programmes d'insertion en emploi pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, la plupart ne seraient pas orientés vers l'intégration en milieu de travail régulier. Ensuite, il semble que les programmes et les

55. Selon l'évaluation du PASM 2005-2010, des travaux seraient en cours avec ces deux partenaires.

mesures d'Emploi-Québec, qui ont majoritairement été conçus en fonction des besoins de la population générale, ne tiennent pas bien compte des besoins particuliers des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, à l'exception de certains services spécialisés de main-d'œuvre (Latimer, 2008b).

Entre autres constats, le Groupe provincial d'experts en intégration au travail en santé mentale (GPEITSM), mis en place en 2010[56], mentionne que les clientèles ont de la difficulté à passer des services de réinsertion socioprofessionnelle à des services de pré-employabilité et de soutien en emploi. Cette difficulté serait attribuable aux lacunes concernant la rémunération des participants aux différents services d'intégration socioprofessionnelle et à un manque d'incitatifs financiers à intégrer un emploi à temps partiel (Harvey et autres, 2012). En effet, si elles travaillent plus de trois heures par semaine, elles voient leurs prestations diminuer. Pour avoir un revenu excédant ces prestations, les personnes atteintes devraient ainsi travailler minimalement 24 heures par semaine, au salaire minimum, ce qui vient saper les efforts d'un retour sur le marché du travail, en lien avec le rétablissement.

Au Québec, la grande majorité des programmes d'intégration en emploi proposent des milieux de travail réservés en partie ou en totalité à des personnes handicapées, ou encore des milieux réguliers, mais avec une durée d'emploi limitée et une rémunération par allocation. Pourtant, la tendance actuelle serait plutôt de favoriser le travail en milieu régulier, c'est-à-dire un travail non réservé à des personnes handicapées et rémunérées au salaire minimum ou plus. C'est le travail en milieu régulier que la plupart des personnes ayant des troubles mentaux graves désirent d'emblée, surtout les plus jeunes (Ramsay et autres, 2011). Étant ouvert à tous, il contribue plus naturellement au développement et au maintien d'une identité de citoyen à part entière (Boyce et autres, 2008). Le travail en milieu régulier contribue à la participation sociale des personnes ayant des troubles mentaux graves, rejoignant les objectifs de la politique gouvernementale *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. Il est généralement non subventionné, ce qui le rend plus efficient (Latimer, 2008b). On peut aussi penser que, parce qu'il favorise le contact direct entre des personnes ayant des troubles mentaux graves et d'autres n'en ayant pas, il contribue à réduire la stigmatisation, quoiqu'aucune étude testant directement cette hypothèse n'ait été relevée. Enfin, la grande variété d'emplois disponibles sur le marché régulier fait qu'il est beaucoup plus facile de trouver un emploi correspondant au niveau d'études, aux compétences et aux intérêts d'une personne ayant des troubles mentaux graves, comparativement à l'éventail relativement limité des milieux protégés.

Plusieurs types de programmes visent à faciliter l'intégration en milieu de travail régulier des personnes ayant des troubles mentaux graves. Au Québec, le MESS finance certains services spécialisés de main-d'œuvre qui se consacrent uniquement à cette clientèle : c'est notamment le cas de l'Arrimage, à Montréal, un organisme qui aide les chercheurs d'emploi à préciser leurs besoins en matière d'emploi et de formation. Certains organismes communautaires ont également cette vocation, par exemple Accès-Cible SMT, aussi à Montréal, dont le mandat est d'offrir des programmes et des services visant l'intégration et le maintien en emploi d'adultes

56. Le GPEITSM a été mis en place en 2010 par l'AQRP, avec le MSSS, le MESS et les principaux experts des secteurs de la réadaptation psychosociale par le travail et de l'insertion et du maintien en emploi des personnes atteintes de maladie mentale. Son mandat consiste à favoriser une plus grande concertation, à effectuer un état de situation et à proposer des orientations encadrant l'organisation des services en cours et en développement en vue de concevoir un cadre de référence et un modèle d'organisation des services adaptés (AQRP, 2012).

atteints de troubles mentaux. Parmi les différents types de programmes d'intégration en emploi auprès de cette clientèle, il en existe un en particulier dont l'efficacité est de loin la mieux démontrée par un grand nombre d'études menées dans plusieurs pays ou provinces, y compris au Québec : il s'agit du modèle de soutien à l'emploi, connu au Québec par son sigle anglais, IPS – *individual placement and support* (voir l'encadré). Au moins 15 études expérimentales et une douzaine d'études non expérimentales – menées aux États-Unis (Drake et Bond, 2011; Bond, Drake et Becker, 2008), au Canada (Latimer et autres, 2006; Oldman et autres, 2005), dans plusieurs pays d'Europe (Hoffman et autres, 2012; Burns et autres, 2007), en Australie (Killackey, Jackson et McGorry, 2008) et même à Hong Kong (Kin Wong et autres, 2008) – s'accordent de façon unanime pour conclure que le modèle IPS est plus efficace que tous les autres auxquels il a été comparé pour aider les personnes ayant des troubles mentaux graves à intégrer le marché du travail régulier rapidement et à s'y maintenir. En outre, plus il est fidèlement implanté, meilleurs sont les résultats (Burns et autres, 2007; Becker et autres, 2006).

Le programme de soutien à l'emploi IPS

Le programme de soutien à l'emploi IPS fournit à un client un accompagnement individualisé, avec un ratio de 1 intervenant pour 20 clients ou moins. Il s'articule autour de huit principes : 1) toute personne qui désire un emploi régulier est admissible; 2) les services d'intégration en emploi sont intégrés aux services cliniques; 3) l'objectif est d'obtenir un emploi en milieu de travail régulier; 4) des informations sur les conséquences de travailler avec des prestations et des avantages gouvernementaux sont fournies; 5) la recherche d'emploi commence rapidement; 6) les agents de soutien à l'emploi développent des relations avec des employeurs selon les préférences de leurs clients; 7) la personne est soutenue dans sa démarche de façon continue, aussi longtemps que nécessaire; 8) les préférences des clients sont honorées (Drake, Bond et Becker, 2012). Il existe à l'heure actuelle au Québec quelques programmes de soutien à l'emploi. Le premier à avoir été établi est celui de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, qui fonctionne de façon ininterrompue depuis 2001 (Latimer et autres, 2006). Ce programme donne souvent des formations au Québec et même en Europe francophone. Au Québec, il a formé des agents de soutien à l'emploi IPS, notamment pour l'Institut universitaire en santé mentale de l'Université de Montréal, le CSSS Jeanne-Mance et l'organisme communautaire Diogène, ainsi que dans les Laurentides et dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La faisabilité et la pertinence de ce modèle d'intervention au Québec ne font plus de doute (Latimer, 2008b).

Pour sa part, le PASM 2005-2010 avait prévu des mesures pour favoriser l'intégration en emploi des jeunes et des adultes. Il visait, entre autres, à adapter les mesures d'insertion et de maintien au travail à la situation des personnes ayant un trouble mental grave et à faire tomber les barrières financières en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental grave. Selon les consultations du Commissaire – l'évaluation du PASM 2005-2010 arrive au même constat –, cette mesure serait, à l'heure actuelle, encore peu

implantée. Malgré plusieurs initiatives intéressantes dans certaines régions du Québec, et la mise sur pied du GPEITSM, force est de constater que les avancées concernant l'intégration au travail demeurent insuffisantes.

L'accessibilité au logement autonome

L'instabilité du logement représente de grands risques pour les personnes ayant des troubles mentaux, puisque le manque de logements adéquats contribue à augmenter le stress, l'exclusion et la maladie physique et mentale (Eggleton et Segal, 2009). Les personnes atteintes de troubles mentaux préfèreraient vivre dans des lieux anonymes, en logement autonome plutôt qu'en hébergement spécialisé (Tanzman, 1993). En fait, les usagers de services en santé mentale perçoivent généralement le logement autonome comme la normalité résidentielle et celui-ci représenterait pour eux un idéal à atteindre ou à conserver. Par ailleurs, il est désormais reconnu que le soutien des personnes vivant en logement autonome favorise le rétablissement par l'autonomie des personnes. En effet, le logement constitue non seulement un déterminant majeur de la santé, mais il est également un pilier qui facilite le rétablissement. En outre, des études ont démontré que certains programmes, qui offrent la possibilité aux usagers de choisir leur lieu de résidence, influencent positivement leur stabilité résidentielle, ce qui contribuerait à diminuer les coûts directs et indirects des soins de santé (Vincent et Morin, 2010).

L'importance du logement autonome avec soutien est d'ailleurs reconnue depuis plusieurs années par le MSSS. Déjà en 1998, le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale révélait que, lorsqu'elles en ont la possibilité, les personnes atteintes de troubles mentaux graves préfèrent vivre dans des milieux de vie autonomes qui sont dispersés dans la communauté. On spécifiait toutefois que ce mode de vie ne pouvait pas convenir à tout le monde et c'est pourquoi les gens devaient pouvoir compter sur une variété de ressources résidentielles dans chaque région du Québec (MSSS, 1998). Le PASM 2005-2010 soulignait également la nécessité d'offrir une variété de services résidentiels afin de répondre adéquatement aux besoins de logement des personnes ayant un trouble mental grave, en lien avec ses objectifs de diminuer le nombre de places en hébergement et d'augmenter le nombre de places dans des logements avec soutien (MSSS, 2005).

Au Québec, plusieurs initiatives intersectorielles ont été mises en œuvre pour soutenir l'accès au logement autonome des personnes atteintes de troubles mentaux graves, que ce soit sur le plan national, régional ou local. Par exemple, des ententes entre le MSSS et la Société d'habitation du Québec (SHQ) ont été conclues en regard de l'accès au logement et se traduisent en projets concrets sur le plan local. Le programme Clés en main est un exemple d'initiative porteuse de logement avec soutien (voir l'encadré).

Le programme Clés en main

Le programme Clés en main, instauré à Québec en 1998, vise à offrir des logements subventionnés de qualité avec soutien communautaire à des personnes atteintes de maladie mentale. Les secteurs de l'habitation communautaire, du logement social et de la santé et des services sociaux y contribuent. Le programme octroie les subventions du Supplément au loyer et joue un rôle pivot entre les personnes, les intervenants, l'Office municipal d'habitation de Québec et les propriétaires privés ou collectifs. En 2010, Clés en main administrait 162 subventions aux locataires. Une étude réalisée en 2010 a permis de démontrer la pertinence clinique, sociale et économique du programme de Supplément au loyer. Selon des groupes de discussion réalisés avec des usagers dans le cadre de cette étude, ce programme a de nombreuses répercussions positives pour les personnes et leur trajectoire résidentielle en permettant de passer de la rue au logement, de sortir du milieu familial, de quitter des lieux insalubres ou de simplement garder leur logement, mais en réussissant à dégager un petit montant supplémentaire. Tous s'entendent pour dire que le programme de Supplément au loyer leur a permis de choisir un logement qu'ils aiment vraiment. Le fait de choisir son logement, son milieu de vie, permet de développer le sentiment d'appartenance envers le logement. De plus, vivre dans un milieu anonyme favorise une vie qui normalise, alors que l'accès au logement favorise l'autonomie des personnes. De cette autonomie découle un sentiment de sécurité envers la vie, ce qui permet enfin d'entrevoir un avenir. En plus des répercussions positives sur les personnes, cette étude indique que les coûts d'un logement subventionné avec soutien communautaire sont beaucoup moindres que les coûts d'hébergement en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial, sans compter que cette situation permet de réduire aussi les coûts indirects, en diminuant les frais de santé relatifs aux autres services sociaux et cliniques.

Source : Vincent et Morin, 2010.

À l'échelle canadienne, le projet Chez soi, mis en œuvre par la CSMC, vise à aider les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves en leur offrant un logement subventionné avec soutien (voir l'encadré). Il s'agit d'un projet fondé sur l'approche accordant la priorité au logement (*Housing First*), qui vise à trouver la meilleure combinaison d'options de logement et de services afin d'aider les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux graves.

Le projet Chez soi et l'approche Logement d'abord

Mis en œuvre en 2009, à la suite d'une subvention accordée par le gouvernement du Canada, le projet Chez soi, d'une durée de quatre ans, prendra fin le 31 mars 2013. Il prend place dans cinq villes canadiennes, soit Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. Chacun des cinq sites met l'accent sur différents aspects :

- Le projet de Vancouver s'intéresse aux milieux de vie communautaires (bâtiments résidentiels abritant plusieurs personnes) et aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie;
- Le projet de Winnipeg étudie un service tout à fait original ancré dans des approches autochtones traditionnelles;
- Le projet de Toronto propose des services particuliers aux groupes ethnoculturels;
- Le projet de Montréal prône une approche accordant la priorité au logement dans un contexte communautaire et institutionnel;
- Le projet de Moncton porte sur les services en milieu rural.

Le projet Chez soi est fondé sur l'approche Logement d'abord. Cette approche, qui accorde la priorité au logement, « est fondée sur le rétablissement et sur le choix du client. Elle fournit aux personnes itinérantes ayant un trouble mental un accès immédiat à un logement indépendant grâce à des suppléments au loyer et fournit des services en santé mentale tel que le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV) en fonction des besoins. Il s'agit d'une approche fondée sur des données probantes qui a produit des résultats positifs selon d'autres études, notamment une hausse de la stabilité du logement, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des coûts pour le système public » (CSMC, 2012d, p. 5).

Au total le projet compte 2 234 participants ayant un ou plusieurs troubles mentaux graves. La plupart ont été recrutés dans des refuges ou dans la rue. Au moment de leur recrutement, 82 % d'entre eux vivaient en situation d'itinérance complète et 18 %, dans des conditions précaires, c'est-à-dire qu'ils avaient passé au moins un an dans un refuge ou dans la rue. La majorité des participants sont des hommes (68 %).

En septembre 2012, la CSMC (2012c) présentait un rapport provisoire sur les résultats de l'étude. Voici les résultats préliminaires :

- L'approche Logement d'abord améliore les conditions de vie des personnes itinérantes aux prises avec une maladie mentale;
- Elle fait un usage judicieux des fonds publics, particulièrement en ce qui concerne les grands utilisateurs de services de santé et de services sociaux (chaque dollar dépensé se traduirait par une économie de 54 cents en raison de la réduction des autres services d'hébergement et des services de santé);
- Elle peut être mise en œuvre efficacement et rapidement à la grandeur du Canada, car elle s'appuie sur des structures de prestation de services déjà implantées dans les systèmes municipaux et provinciaux;
- Une démarche interministérielle – alliant les services de santé, les services de logement et les services sociaux –, qui repose sur des partenariats avec les organismes à but non lucratif et le secteur privé, est essentielle pour résoudre le problème de l'itinérance chronique.

Au Québec, l'objectif du MSSS inscrit dans le PASM 2005-2010 était d'améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome. Il appert toutefois que cette mesure n'aurait pas été priorisée dans les faits. Les personnes consultées estiment que des efforts devront être consentis dans les prochaines années pour améliorer l'accès au logement autonome avec soutien des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Dans le cadre de l'évaluation du PASM 2005-2010, les partenaires régionaux consultés par le MSSS font état de contraintes qui limitent le redéploiement des ressources d'hébergement vers des logements autonomes ainsi que des besoins et des lacunes à travers l'ensemble des ressources d'hébergement destinées aux personnes atteintes d'un trouble mental (MSSS, 2012e). Néanmoins, cette évaluation fait état de la collaboration du MSSS aux travaux du comité intersectoriel réunissant le MSSS et la SHQ, travaux qui visent à déterminer le soutien clinique nécessaire pour favoriser l'accès à des logements sociaux pour les personnes atteintes d'un trouble mental (MSSS, 2012e). De plus, des ASSS de plusieurs régions auraient entamé une réorganisation de leurs ressources d'hébergement afin d'atteindre les cibles du PASM 2005-2010.

La prise en considération de l'importance de l'action intersectorielle au Québec

Les mesures de soutien dans la communauté et les mesures d'intégration sociale ont ceci de particulier qu'elles doivent, pour avoir des retombées concrètes, interpeller et mettre à contribution d'autres secteurs (ministères, municipalités, ressources communautaires, entreprises, etc.) que celui de la santé et des services sociaux. Or, on sait que la collaboration intersectorielle est parfois difficile à réaliser. À ce sujet, les personnes consultées par le Commissaire ont souvent souligné la nécessité de mettre davantage à contribution l'action

intersectorielle dans le secteur de la santé mentale, spécialement en ce qui concerne la mise en place de programmes ou de pratiques visant l'intégration sociale (logement, emploi, études) des personnes atteintes de troubles mentaux.

À cet effet, la politique gouvernementale *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, adoptée en 2009, constitue un levier permettant de favoriser les actions intersectorielles dans le secteur de la santé mentale. Cette politique représente un engagement formel de la société québécoise pour soutenir la participation sociale de toute personne ayant une déficience occasionnant une incapacité significative et persistante, sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement de ses activités courantes. Elle vise à permettre le plein exercice de leurs droits et libertés en éliminant à la source les obstacles de tout ordre qui créent la situation de handicap. Compte tenu des défis auxquels sont confrontées certaines personnes atteintes de troubles mentaux graves et des difficultés qu'elles éprouvent à participer activement à la société, le Commissaire considère que cette politique – et le plan global de mise en œuvre qui en découle – constitue un véhicule approprié pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves. Malgré le fait que les personnes atteintes de troubles mentaux ne se reconnaissent pas nécessairement sous le vocable de « personnes handicapées », le Commissaire estime qu'il y aurait tout avantage à utiliser les leviers prévus dans cette politique pour s'assurer que les mesures qui en découlent prennent en considération les besoins de ce groupe de population. Dans le premier plan global de mise en œuvre de la politique, les ministères et organismes ont pris quelque 400 engagements, dont plusieurs s'adressent aux questions intersectorielles, comme l'accès et le soutien aux études, à l'emploi ou au logement. Afin d'éviter le chevauchement des efforts consentis et de s'assurer de la cohérence gouvernementale dans les actions mises en œuvre dans ces domaines, il est impératif, aux yeux du Commissaire, que les représentants du secteur de la santé mentale – que ce soit sur le plan national, régional ou local – participent à la mise en œuvre des actions découlant de ces engagements.

FAVORISER LA MESURE DES AVANCÉES EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Depuis 25 ans, sous la pression de l'opinion publique et des contraintes financières auxquelles sont confrontés les systèmes de santé, plusieurs pays occidentaux se sont engagés dans des démarches d'évaluation de la performance[57], afin d'améliorer les systèmes et les services de santé ainsi que le bien-être de la population[58]. Ces démarches d'évaluation, qui reposent sur le développement de cadres théoriques et d'indicateurs fiables de mesure, visent de manière générale à améliorer la qualité des décisions prises par les différents acteurs du système de soins, qu'ils soient gestionnaires, professionnels ou cliniciens (Smith, Mossialos

57. Selon le cadre d'appréciation de la performance du Commissaire, un système performant est un système qui atteint les objectifs et les mandats qui lui sont donnés, en conformité avec les valeurs qui l'animent, et qui optimise sa production en fonction des ressources qu'il obtient (CSBE, 2009).

58. À la suite de l'entente de 2004 entre les provinces et le gouvernement fédéral, des Quality Councils ont été créés dans l'ensemble du pays afin de faire le suivi de la performance des systèmes de santé et d'en informer la population. Le Québec n'a pas adhéré à cette entente, mais a plutôt créé le Commissaire à la santé et au bien-être, dont le mandat est d'évaluer la performance du réseau de la santé et des services sociaux et d'en informer le ministre de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement et les citoyens.

et Papanicolas, 2008). Quant aux usagers, les informations véhiculées dans les rapports publics de performance leur permettent d'être au courant de la qualité des soins qui leur sont dispensés (Baubeau et Pereira, 2003) et de faire des choix en conséquence.

Le Québec dispose de différentes sources de données pour alimenter les indicateurs de performance : des données médico-administratives, des données de surveillance provinciale, des enquêtes, des recherches, etc. (CSBE, 2011b). Malgré cela, plusieurs défis émergent de la littérature, des travaux du Commissaire et de ses consultations, en ce qui a trait à la disponibilité et à la qualité des données sur la santé de la population et sur le système de santé et de services sociaux québécois. Règle générale, on constate l'absence de certaines données essentielles, particulièrement de données cliniques et administratives, pour mesurer la performance du système de santé et la qualité des soins, alors que les indicateurs de performance disponibles, somme toute assez nombreux, visent surtout la reddition de comptes (CSBE, 2011b). Quant aux banques de données, leur accès reste difficile pour les organisations du réseau de la santé et des services sociaux. Selon le Vérificateur général du Québec (VGQ), il n'y aurait pas de canal unique pour accéder aux banques de données, ce qui occasionne de multiples démarches ainsi que des délais. Par ailleurs, il mentionne que, pour mesurer certains indicateurs, les données provenant de plusieurs banques doivent être jumelées (VGQ, 2011).

Au cours des dernières années, plusieurs groupes de travail et organismes chargés d'analyser les forces et les faiblesses du système de santé et de services sociaux québécois et de proposer des solutions pour l'avenir ont d'ailleurs insisté sur l'importance de développer des moyens de mesurer la performance du système. Déjà en 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux indiquait que la performance impose « l'obligation de mesurer les résultats obtenus, sur la base d'indicateurs fiables, tant cliniques qu'administratifs et financiers. Pour cela, il faudra des systèmes d'information appropriés, mais surtout une culture de l'excellence qui ne craint pas les comparaisons canadiennes et internationales mais qui, bien plutôt, les recherche » (commission Clair, 2010, p. V). Plus récemment, le Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008) suggérait de se munir d'indicateurs spécifiques, d'effectuer des évaluations comparatives entre dispensateurs et entre juridictions, en plus de partager l'information obtenue (CSBE, 2011b). Constatant que le MSSS n'a toujours pas défini un programme structuré et systématique d'évaluation de la performance dans les établissements, qui inclurait une gamme d'indicateurs à mesurer, le VGQ, dans son rapport de 2010-2011, recommande au MSSS d'exercer le leadership nécessaire pour que s'implante une culture de la performance dans les établissements du réseau. Il indique notamment que le MSSS doit clarifier ses orientations et ses objectifs en créant un programme structuré et systématique qui devrait comprendre une définition de la performance, un modèle de mesure et des indicateurs. Dans le cadre de ses précédents rapports d'appréciation, le Commissaire à la santé et au bien-être a, lui aussi, recommandé à maintes reprises que soit définie et implantée une gamme d'indicateurs visant à améliorer la performance du système, mais aussi la gouverne clinique.

Les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être à propos du développement d'indicateurs

2009 – Rapport d'appréciation sur la première ligne de soins

- Que soient mis au point et implantés des indicateurs de besoins des patients et des indicateurs de résultats cliniques soutenant la gouverne clinique des services de première ligne.

- Que des indicateurs de performance clinique pertinents en ce qui concerne la pratique médicale de première ligne soient intégrés à la démarche d'implantation des nouvelles technologies de l'information, tel le dossier médical informatisé.

2010 – Rapport d'appréciation sur les maladies chroniques

- Que soient définis et implantés des indicateurs de qualité clinique intégrés aux dossiers informatisés en première, deuxième et troisième ligne de soins.

- Que soient définis et implantés des indicateurs de besoins des patients et de résultats des soins et services rendus pour soutenir la planification et la gouverne clinique sur l'ensemble du continuum de soins et services liés aux maladies chroniques.

2011 – Rapport d'appréciation sur la périnatalité et la petite enfance

Le Commissaire fait état de la nécessité de se doter d'un système unique, qui centralise et coordonne les données alimentant des indicateurs clairs, comparables et pertinents. Il mentionne la nécessité d'apprécier adéquatement les résultats associés aux actions, programmes et services mis en place pour assurer la santé, le développement et le bien-être des enfants. Dans l'optique de soutenir le développement d'une culture d'évaluation de la performance, qui repose sur une vision globale et à long terme, le Commissaire recommandait de:

- Soutenir la création d'un observatoire disposant d'une infrastructure informationnelle permettant l'accès aux données existantes.

QU'EN EST-IL DE LA MESURE EN SANTÉ MENTALE ?

Le manque de données valables et d'indicateurs fiables et diversifiés pour mesurer la performance et la qualité des services de santé en général, tout comme la santé elle-même, touche également le secteur de la santé mentale. Cette lacune serait même, selon plusieurs sources, encore plus criante dans le secteur de la santé mentale. Par exemple, dans un document de référence sur la mesure de la performance des systèmes de santé, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (Smith, Mossialos et Papanicolas, 2008) fait le diagnostic que des progrès considérables ont été réalisés dans l'élaboration d'indicateurs de performance pour les soins aigus en hôpital, les soins primaires et la santé de la population, mais que pour la santé mentale et la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, notamment, la recherche en est à un stade de développement beaucoup moins avancé. L'ICIS faisait d'ailleurs un constat similaire au début des années 2000 : « Malgré le rôle important que jouent les services de santé mentale et de toxicomanie, il existe un manque reconnu en données valables qui soient comparables à l'échelle nationale en matière de services de santé mentale et de toxicomanie. L'absence d'une information normalisée de haute qualité constitue l'obstacle majeur à une planification, une gestion et une évaluation rentables des services[59]. » (ICIS, 2001, p. 1). Pour sa part, Santé Canada, dans son *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, paru en 2002, concluait son exercice de description de l'état des maladies mentales au Canada en spécifiant que les données disponibles au Canada donnent un profil très limité des maladies mentales, alors que les données existantes sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données pour surveiller adéquatement ces maladies.

Dernièrement, la CSMC, dans sa Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, faisait elle aussi état de l'insuffisance des informations et des connaissances dans le secteur de la santé mentale : « Bien qu'il existe des secteurs pour lesquels la collecte de données en santé mentale soit plus robuste, notamment en ce qui a trait à la facturation par les médecins et les hôpitaux, il reste un long chemin à parcourir avant que nous ne disposions des données dont nous avons besoin. Celles-ci sont plutôt minces en ce qui a trait à plusieurs aspects, notamment la satisfaction par rapport aux services de santé mentale et les programmes les plus efficaces qui contribuent au rétablissement des personnes. Par ailleurs, les méthodes de collecte des données varient d'une région à l'autre du pays. » (CSMC, 2012a, p. 94). La CSMC recommandait alors de s'entendre sur une gamme complète d'indicateurs capables de mesurer la réforme dans le système de santé mentale et l'amélioration des résultats dans tout le pays.

Plus près de nous, le VGQ déposait en 2003 un rapport qui mettait l'accent sur les failles importantes relatives à l'état des services de santé mentale offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. Il soulignait notamment la difficulté d'évaluer les services et leur transformation, puisque le MSSS n'a pas déterminé de cibles précises et mesurables assorties d'indicateurs pour chacun de ses objectifs en matière de santé mentale. Cela rendrait difficile le suivi, par le MSSS, de l'ensemble des dimensions du secteur de la santé mentale, et ce,

59. Dans l'optique de répondre au besoin croissant au Canada d'une information opportune, exacte et comparable en matière de services de santé mentale et de toxicomanie, l'ICIS, par l'intermédiaire de l'initiative du Carnet de route de l'information sur la santé, a été subventionné pour déterminer, développer et évaluer une gamme initiale d'indicateurs nationaux et régionaux pour les services de santé mentale et de toxicomanie (ICIS, 2001).

malgré les récentes améliorations apportées, dont la mise sur pied, par le MSSS, de l'Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires[60] (OASIS) et du Plan ministériel de surveillance multithématique (voir l'encadré ci-après), auquel participe l'INSPQ. Dans son évaluation du PASM 2005-2010, le MSSS reconnaît cette lacune en matière de disponibilité de données dans le secteur de la santé mentale. Il note que les mécanismes de suivi de gestion prévus à l'intérieur du PASM, notamment les cibles et les indicateurs, n'ont pas été utilisés pour cette évaluation compte tenu de limites liées à la pertinence et à la validité des données (MSSS, 2012).

Pour en savoir davantage

Pour en savoir davantage sur l'importance du manque de données dans le secteur de la santé mentale, consulter le document rédigé par Marie-Josée Fleury et Guy Grenier, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. De plus, le Commissaire est lui-même arrivé au même constat lors de l'élaboration du *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*. En effet, certaines données qu'il aurait souhaité utiliser n'étaient pas disponibles, alors que d'autres données peu récentes – certaines ont été recueillies depuis plus d'une dizaine d'années – avaient une capacité limitée à rendre compte de la réalité actuelle. Ces deux rapports sont accessibles sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

60. OASIS « est établi à partir des rapports financiers et d'activités des organisations. Il précise notamment les dépenses, les activités (nombre d'heures de soins et d'hospitalisations), la population jointe [cible et objectif atteint] ou l'utilisation des services, ventilées par organisations et par centres d'activités, aussi regroupées en grandes catégories (traitement par les médecins de famille; traitement par les psychiatres; première ligne : évaluation et traitement; etc.), par réseaux locaux et par régions » (Fleury et Grenier, 2012, p. 123).

Le Plan ministériel de surveillance multithématique

Le Plan ministériel de surveillance multithématique est un vaste projet qui s'inscrit en complémentarité avec le Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Celui-ci, adopté en 2005 par le directeur national et les directeurs régionaux de santé publique du Québec, « a été conçu en vue de couvrir les objets et indicateurs dont le suivi est considéré comme essentiel tant au plan national que régional pour exercer la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population. Comme certains objets de surveillance (problèmes et déterminants de la santé) n'avaient pas été retenus au moment de l'élaboration du [Plan commun] – notamment en raison de la non-disponibilité des données sur une base régionale ou de la non-pertinence de suivre certains problèmes spécifiques dont l'incidence et la prévalence sont peu élevées –, le [Plan ministériel de surveillance multithématique] vise à combler ces lacunes » (Comité d'éthique de santé publique, 2010, p. 1). « Dans le cadre du [Plan ministériel], des travaux sont en cours à l'INSPQ pour procéder au jumelage des fichiers de données administratives se rapportant aux maladies chroniques, incluant les troubles mentaux. Ces activités de surveillance permettront de faire une surveillance continue des indicateurs de maladies chroniques pour des cohortes de cas déterminés. Elles apporteront ainsi une information plus précise sur les troubles traités, ainsi que sur les trajectoires d'utilisation de services. » (ISQ, 2010, p. 79).

Les différentes consultations menées dans le cadre de ce rapport ont fait ressortir des constats similaires à ceux de la littérature. Bien que les personnes rencontrées reconnaissent que l'on précise maintenant davantage de cibles à atteindre et d'indicateurs permettant d'évaluer les résultats, les pratiques et l'organisation des services dans le secteur de la santé mentale, un grand nombre d'entre elles considèrent que les données disponibles pour faire de telles évaluations sont insuffisantes ou trop anciennes, alors que les modes de collecte de données sont encore trop peu standardisés à la grandeur du Québec. À titre d'exemple, les données concernant les temps d'attente pour avoir accès aux services des psychologues dans les CSSS ou pour avoir accès aux différents services de santé mentale à l'intention des enfants et des adolescents sont, selon certains acteurs du réseau rencontrés, encore lacunaires. Il en serait de même pour les données portant sur le recours à la loi P-38, sur l'utilisation des services du réseau communautaire ou encore sur la stigmatisation vécue par les usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux. Quant aux données disponibles sur l'état de santé mentale des Canadiens et les besoins perçus en matière de services de santé mentale, plusieurs d'entre elles datent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2002[61]. D'après certaines personnes consultées, l'insuffisance des données serait même beaucoup plus criante dans le secteur de la santé mentale que dans celui de la santé physique. Ces personnes font d'ailleurs remarquer que, si les délais pour avoir accès à une chirurgie (de la hanche, de la cataracte, cardiaque, d'un jour, etc.) ou

61. Il est à noter que Statistique Canada réalise présentement une nouvelle enquête sur la santé mentale des Canadiens. Les données de cette enquête devraient être disponibles en 2013.

pour obtenir un traitement de radiothérapie sont disponibles publiquement sur le site Internet du MSSS – mis à jour tous les trois mois –, les délais d'accès pour les services de santé mentale sont quant à eux presque introuvables.

En ce qui concerne les indicateurs de performance présentement utilisés dans le secteur de la santé mentale, de nombreux acteurs rencontrés par le Commissaire considèrent qu'ils sont généralement trop axés sur les volumes (d'activités ou d'usagers), au détriment d'indicateurs visant à mesurer la qualité des soins et services offerts, tels que l'attitude du personnel soignant ou la satisfaction des usagers, et qu'ils sont peu adaptés à la mesure des avancées dans l'ensemble du secteur de la santé mentale. À ce sujet, plusieurs des personnes consultées demandent à ce que soient développés de nouveaux indicateurs qui témoigneraient des progrès accomplis en matière de résultats concrets de santé et de bien-être. Ces indicateurs pourraient porter sur le rétablissement des usagers, les droits des personnes atteintes de maladie mentale et la participation des usagers et de leur famille, tant en ce qui a trait aux décisions qui les concernent qu'aux décisions qui relèvent de l'organisation des services de santé mentale. À l'instar du Protecteur du citoyen dans son rapport *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : de l'engagement gouvernemental à la réalité* (2012), nombre d'acteurs consultés s'entendent pour dire qu'il faut mettre au point des indicateurs pouvant mesurer l'efficacité du travail interdisciplinaire et des soins de collaboration, ainsi que leur impact sur les personnes. Par ailleurs, des indicateurs de suivi précisant, par exemple, le nombre de personnes ayant des troubles psychotiques en milieu carcéral ou encore le nombre de logements subventionnés avec soutien pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux seraient fort utiles pour mesurer les avancées dans le secteur de la santé mentale, dans des dimensions où l'intersectorialité est jugée fondamentale. Plusieurs des personnes consultées considèrent que, pour aboutir à des réels changements dans les pratiques et à plus d'imputabilité, des efforts importants doivent être faits en matière d'indicateurs de résultats. Pour ce faire, le Commissaire considère qu'il importe de mettre au point davantage d'indicateurs permettant de savoir si les soins et services mis en place dans le secteur de la santé mentale obtiennent les résultats escomptés relativement à l'état de santé des usagers et à la réponse apportée aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et à ceux de leur famille. Finalement, les personnes consultées, particulièrement les membres du Forum, insistent sur l'importance de mettre à contribution les usagers des services de santé mentale et leur famille dans l'appréciation de la performance, tout comme dans le développement de nouveaux indicateurs.

« Pour les membres du Forum, l'évaluation et la recherche dans le secteur de la santé mentale doivent être poursuivies et encouragées, notamment par des moyens financiers. [...] Enfin, l'évaluation de la performance des soins et services offerts permet d'améliorer la prestation de services ainsi que de connaître l'efficacité des différentes stratégies et approches thérapeutiques privilégiées. [...] Le développement d'indicateurs de résultats ou de processus (par exemple, pour mesurer la collaboration entre les différents partenaires) est essentiel pour l'évaluation continue. L'évaluation et la recherche contribuent à l'avancement des pratiques, d'où l'importance de la participation des usagers et des proches à ces processus. »

(Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de septembre 2010).

Il ressort des consultations du Commissaire que la très grande majorité des acteurs du secteur de la santé mentale trouve qu'il est essentiel de développer et de soutenir une culture d'amélioration continue afin de s'assurer d'obtenir les résultats escomptés et d'apporter les correctifs en temps opportun. Pour ce faire, il importe de consolider les indicateurs de performance dans le secteur de la santé mentale déjà existants, d'établir de nouveaux indicateurs, qui seraient plus à même d'évaluer le secteur de la santé mentale dans son ensemble, et de mettre sur pied des modes de collecte de données standardisés.

Le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Plus précisément, voici les actions à entreprendre :

5.1 Poursuivre et intensifier l'implantation des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable pour l'ensemble des territoires de CSSS dans les régions du Québec pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.

5.2 Amplifier les mesures de soutien aux études et à l'emploi, grâce à la collaboration des partenaires concernés, afin de mieux répondre aux besoins des personnes ayant un trouble mental en vue de leur rétablissement.

5.3 Favoriser la mise en place d'un plus grand nombre de logements autonomes avec soutien, et ce, grâce à la collaboration des partenaires concernés.

5.4 Prioriser le développement et la consolidation d'indicateurs dans le secteur de la santé mentale, particulièrement des indicateurs témoignant de la réponse aux besoins et des résultats atteints quant à la santé et au bien-être des personnes ayant un trouble mental, en plus d'en assurer le déploiement.

Manon Artignan • Titre : *L'espoir* • Gouache, crayon sur papier • Collection : Les Impatients

DISCUSSION

Le rapport d'appréciation de la performance du Commissaire à la santé et au bien-être portant sur la santé mentale s'inscrit dans un courant qui fait de plus en plus de place à la réponse aux besoins des systèmes de santé et de services sociaux. Dans leur visée de transformation, ces systèmes doivent accorder la priorité à la santé mentale afin d'avoir des effets positifs pour les personnes atteintes d'un trouble mental et leur famille.

Le Commissaire, comme pour tous ses rapports d'appréciation de la performance, a combiné l'analyse d'indicateurs à des consultations étendues pour documenter la validité scientifique des recommandations, leur faisabilité et leur acceptabilité sociale sur le plan des valeurs. Les considérations éthiques et la parole citoyenne ont pris une place prépondérante dans l'orientation des travaux et l'élaboration des recommandations dans le secteur de la santé mentale. En guise d'exemple, le Forum de consultation du Commissaire avait ciblé 11 domaines de préoccupations en lien avec le secteur de la santé mentale; les grandes recommandations retenues par le Commissaire s'alignent parfaitement sur ces préoccupations. Par ailleurs, la réflexion éthique a accompagné tout le processus de consultation et d'élaboration de ce rapport : elle ne s'est pas concentrée, comme pour les rapports des années précédentes, aux seules implications des recommandations. Un chapitre sur les enjeux éthiques soulevés dans le secteur de la santé mentale en est le reflet.

Pour en savoir davantage

Pour prendre connaissance de l'ensemble des constats ayant émergé de la consultation des experts et des décideurs, ainsi que des délibérations du Forum de consultation du Commissaire, consulter le document *Rapport de consultation sur le secteur de la santé mentale – Points de vue des experts, des décideurs et des membres du Forum*, disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

RÉSUMÉ DES ENJEUX ÉTHIQUES SOULEVÉS DANS LE CADRE DE CE RAPPORT

La souffrance psychique a ceci de particulier par rapport à d'autres catégories de maux qu'elle est d'abord et avant tout ressentie intimement, qu'elle place la personne dans un état de vulnérabilité, qu'elle fait l'objet d'interprétation de sens et qu'elle s'ancre et se déploie à travers plusieurs dimensions de l'expérience humaine. Cette vision semble faire l'objet d'un large consensus dans notre société, tant chez les usagers que chez les professionnels du

secteur de la santé mentale. Les plans d'action en santé mentale tiennent d'ailleurs compte de cette complexité lorsqu'ils font la promotion du concept de rétablissement ou lorsqu'ils posent la nécessité de combattre la stigmatisation dont font l'objet les personnes ayant un trouble mental, de même que les personnes de leur entourage.

Tant dans leurs rapports à elles-mêmes que dans leurs rapports aux autres, incluant les professionnels de la santé, les personnes atteintes de troubles mentaux doivent composer avec les jugements, les idées préconçues et parfois même le manque de respect. La stigmatisation et l'autostigmatisation ajoutent à la douleur psychique initiale un second niveau de souffrance et fragilise d'autant plus ces personnes. L'autostigmatisation peut représenter un obstacle au fait de prendre l'initiative d'aller chercher l'aide nécessaire ou d'accepter cette aide. Elle peut aussi rendre plus difficile le fait de surmonter les difficultés d'accès aux ressources existantes, parfois peu adaptées. La stigmatisation, quant à elle, peut mener jusqu'à des comportements discriminatoires et dépouiller les personnes ayant un trouble mental, leur famille ou leurs intervenants de leur reconnaissance sociale, de leur crédibilité, de leur dignité ou de leur participation sociale.

Selon les témoignages entendus, l'expérience des personnes présentant des troubles mentaux graves est souvent marquée par cette disqualification de la participation sociale, et ce, malgré les efforts déployés pour leur maintien dans la communauté. Même l'accès aux services dont elles auraient besoin est difficile. Les membres de leur famille éprouvent également de multiples difficultés, qu'il s'agisse, par exemple, d'épuisement, de difficultés à se faire reconnaître ou à avoir accès à de l'information concernant leur proche atteint de troubles mentaux.

La situation des personnes atteintes de troubles mentaux pose pour plusieurs la question de l'équilibre entre le respect des droits et de l'autonomie des personnes, d'une part, et de la responsabilité des familles et des professionnels d'intervenir pour le bénéfice de leur santé psychologique et de leur intégration sociale, d'autre part. Des enjeux particuliers, comme ceux de la mise en œuvre des mesures de garde préventives prévues à la loi P-38, illustrent cette tension, souvent vécue sur le terrain comme une « détresse éthique ». À ce sujet, les groupes de défense des droits soulignent qu'il n'est pas nécessaire ni productif de considérer que s'opposent le discours des droits et le discours de l'intervention professionnelle bienveillante.

De grands progrès ont été accomplis en matière de lutte à la stigmatisation. Pourtant, une stigmatisation structurelle, qui se traduirait par des pratiques soignantes jugées blessantes, continue d'être dénoncée par certains usagers, familles et intervenants. Les groupes de défense des droits des personnes ayant un trouble mental insistent pour que soient compris les fondements structurels de cette stigmatisation : financement, bagage historique, organisation du travail, etc. Certains observateurs de l'évolution des pratiques au fil des dernières décennies déplorent également que l'importance des droits ne semble plus autant acquise aujourd'hui qu'elle l'a été en 1998, à l'époque du premier plan d'action en santé mentale.

En somme, un important défi demeure pour la participation de l'usager, le rétablissement et l'accès équitable à une diversité de services de santé mentale. De grandes questions se posent aussi en matière de responsabilités : celles des uns et des autres dans le maintien d'une bonne santé mentale ou dans une démarche de rétablissement, mais aussi les responsabilités

collectives devant la souffrance psychique vécue. Si la responsabilité de solidarité envers les plus fragilisés s'exprime clairement sur le plan des orientations du système et, bien souvent, au cœur de la relation entre l'usager et son professionnel, il n'en demeure pas moins que plusieurs personnes ont donné des exemples d'organisation de services et de pratiques qui semblent davantage orientés vers l'atteinte de l'efficacité (administrative ou thérapeutique) que vers l'attention à la souffrance de l'autre et au respect de son potentiel et de ses limitations.

ENVERGURE DU DOSSIER SUR LA SANTÉ MENTALE

Le Commissaire à la santé et au bien-être a choisi d'aborder la santé mentale de manière vaste en considérant diverses sources de connaissances scientifiques, organisationnelles et citoyennes. Les sujets qui ont retenu l'attention du Commissaire sont ceux qui avaient à la fois un impact sur la performance du système de santé et de services sociaux, en lien avec la santé mentale, et qui soulevaient des enjeux éthiques. Les consultations menées par le Commissaire ont permis de déterminer un certain nombre de valeurs partagées et de principes, par exemple la solidarité, l'équité, l'acceptation de la différence, la participation des personnes atteintes aux soins et services offerts et le respect des droits. Ces valeurs et principes sont apparus comme porteurs d'une vision sociale de la santé mentale pouvant dynamiser les changements souhaités. Le Commissaire s'est donc laissé guider par eux dans l'élaboration de ses recommandations, en écho à la convergence sociale observée.

Cependant, certaines préoccupations importantes, qui ont été soulevées dans les consultations et dans la documentation scientifique, ne figurent pas dans les recommandations formulées par le Commissaire. Certains sujets, tels que la psychiatrie légale, le recours à la loi P-38, l'itinérance et les hébergements spécialisés, n'ont pas conduit à la formulation de recommandations, puisqu'ils ont fait l'objet de rapports d'évaluation ou d'annonces récemment, comme il était mentionné dans l'introduction. D'autres sujets, tels que le suicide, la toxicomanie et la santé des autochtones, ont fait l'objet de réflexions dans le cadre des travaux du Commissaire et ont grandement influencé la formulation de ses recommandations, sans pour autant être directement l'objet de celles-ci.

En ce qui concerne le suicide, les efforts importants des 15 dernières années ont porté leurs fruits et les taux de suicide sont à la baisse. Au chapitre des toxicomanies, le gouvernement a récemment financé des équipes de liaison spécialisées en dépendances, qui vont pouvoir s'arrimer aux actions recommandées pour la première ligne (MSSS, 2012f). Ainsi, le Commissaire est d'avis que, si les recommandations qu'il propose sont suivies, elles affecteront positivement l'ensemble de ces réalités. En effet, elles représentent des leviers d'actions jugées efficaces pour promouvoir la santé mentale, qui ciblent des nœuds systémiques et ont un impact large.

Les cinq grandes recommandations et les actions proposées par le Commissaire dans ce rapport interpellent de nombreux acteurs, tant du réseau de la santé et des services sociaux que d'autres secteurs, dans une perspective de collaboration intersectorielle.

La lutte à la stigmatisation

Un large consensus existe relativement à l'importance de mener une lutte à la stigmatisation dans le secteur de la santé mentale. La stigmatisation représente en effet une réalité menant à la marginalisation et un frein réel à l'utilisation des services, en plus d'une barrière au plein déploiement de mesures efficaces pour améliorer la qualité de l'intervention en santé mentale. La perception que la société retient au sujet de la santé mentale aura un impact direct sur la mise en œuvre d'initiatives, pourtant reconnues comme efficaces, et l'engagement des personnes vis-à-vis de celles-ci. Ainsi, si la stigmatisation n'est pas abordée de front, d'autres solutions envisagées pourraient être compromises. Comme le démontrent nos travaux, elle est présente non seulement de façon générale en société, mais aussi au sein même du réseau de la santé et des services sociaux, qui en est en quelque sorte le reflet. Cette situation pose particulièrement problème en raison de la vulnérabilité des personnes atteintes d'un trouble mental, qui ont besoin d'être accompagnées avec empathie et compétence.

Les intervenants du réseau subissent eux-mêmes un stress très important. Il est donc important de les sensibiliser et de les outiller pour lutter contre la stigmatisation dans des contextes où la pression s'exerce avec plus d'intensité quant aux décisions cliniques à prendre, par exemple dans les services d'urgence. Le Commissaire considère en effet que les intervenants peuvent faire la démonstration qu'il est possible de modifier les perceptions et d'agir sur les mentalités.

La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux

La promotion et la prévention sont des thèmes incontournables. Malgré le fait qu'une part non négligeable des ressources doit être consacrée à soigner, il ne faut pas oublier l'importance de la prévention de la maladie mentale, en raison de ses effets à long terme non seulement sur la santé et le bien-être de la population, mais aussi sur les coûts assumés par le système de santé et de services sociaux et l'ensemble de la société. Ainsi, renforcer l'environnement social permet l'obtention de résultats sur le rétablissement et une plus grande efficience du système.

Les activités de promotion et de prévention dans le secteur de la santé mentale doivent cibler tous les groupes d'âge, en mettant cependant l'accent sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Toute action permettra de véritables gains pour l'ensemble de la société. Une utilisation judicieuse et adéquate des services permettra en effet des économies qui pourront être affectées à d'autres priorités sociétales.

La promotion d'une bonne santé mentale est gage d'un tissu social renforcé. Dans une société solidaire envers les personnes aux prises avec des troubles mentaux, ceux-ci ne sont plus perçus comme une tare, mais plutôt comme une opportunité d'ouverture vers l'autre, qui appelle notre soutien et notre écoute. Ainsi, l'atteinte d'une bonne santé mentale

pour l'ensemble des citoyens devient un objectif socialement partagé, un bien commun à rechercher et à promouvoir. Le MSSS a un rôle clé à jouer à cet égard et doit transmettre un message clair quant à l'importance que notre société doit accorder à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie mentale.

L'organisation des services de santé mentale

Le diagnostic que pose le Commissaire au sujet de l'organisation des services de santé mentale confirme ceux de ses rapports précédents, qui portaient sur la première ligne, les maladies chroniques ainsi que la périnatalité et la petite enfance. Une fois de plus, des problèmes d'arrimage et de bris de continuité attirent l'attention du Commissaire. Le PASM 2005-2010 a permis d'enregistrer des gains importants à cet égard, en proposant des actions structurantes à propos d'un guichet unique en santé mentale dans les CSSS, du soutien à accorder aux équipes de santé mentale et de la présence de psychiatres répondants. Cependant, l'opérationnalisation de ces mesures pose toujours problème et la culture interdisciplinaire, incontournable pour la mise en œuvre de telles actions, n'est pas toujours réalité. En effet, il semble que le potentiel de déploiement des équipes de santé mentale soit nettement en deçà des cibles fixées et que la fonction de psychiatre répondant reste encore à implanter dans plusieurs endroits.

Afin que les soins de collaboration puissent être une réalité dans les équipes de santé mentale, il est nécessaire de créer des espaces où l'ensemble des intervenants puisse se retrouver à l'égard du continuum de soins. Les personnes atteintes de troubles mentaux gagneraient à ce que des interfaces soient facilitées entre les différents intervenants et professionnels susceptibles de leur offrir des soins et services.

La valorisation du milieu communautaire, la reconnaissance de son apport et le soutien financier qui lui est accordé ont aussi émergé comme des défis toujours actuels. Le milieu communautaire offre un accompagnement fondamental dans le milieu naturel de vie des personnes vivant avec des troubles mentaux et de leur famille, que ce soit par l'entremise des pairs aidants ou des centres de crise, pour ne citer que quelques exemples. Le rôle du milieu communautaire est complémentaire et incontournable dans le secteur de la santé mentale, à cause de la vulnérabilité des personnes atteintes et de la nécessité de développer un tissu social serré, pour contrer l'isolement dont elles souffrent.

Un accès accru à la psychothérapie

L'accès inéquitable à des interventions efficaces en santé mentale, telle la psychothérapie, est apparu comme un problème systémique important ne pouvant être ignoré. En effet, les conséquences d'un problème d'accès à la psychothérapie sur la performance du système ne doivent pas être sous-estimées, comme les coûts sociaux engendrés en matière d'absentéisme, de baisse de productivité et d'invalidité chronique. Une surutilisation des services hospitaliers ou d'urgence peut survenir à cause de l'absence d'une alternative appropriée de traitement ou de la détérioration de la santé mentale, du fait de l'inaccessibilité en temps opportun à de tels services. Alors que la psychothérapie pourrait être considérée comme

« médicalement requise », elle n'est pas accessible de manière équitable, et ce, malgré le fait qu'elle soit largement reconnue comme un traitement efficace. Aux dires de la plupart des personnes consultées, cette situation est non seulement incompréhensible du point de vue des données probantes, mais inacceptable du point de vue éthique. La question se pose à savoir pourquoi on continue à traiter différemment les personnes ayant des troubles mentaux des personnes atteintes de maux physiques, en leur empêchant d'accéder à des traitements pourtant reconnus efficaces. L'opportunité de corriger la situation trouve ici un contexte plus que favorable, appuyé par des preuves scientifiques, de même que par les valeurs saillantes des consultations et des avis recueillis auprès des experts et des acteurs du système de santé et de services sociaux.

Un leadership gouvernemental affirmé en santé mentale

L'argumentaire n'est plus à faire quant à l'importance de mener des actions intersectorielles (logement, études et emploi) pour avoir de meilleurs résultats en santé mentale. En effet, les données probantes soutiennent l'intégration sociale relativement à ses effets bénéfiques sur le rétablissement, par exemple la réduction significative du recours aux services d'urgence et aux hospitalisations ainsi que de la durée des séjours. Il importe de mettre en synergie l'ensemble des interventions de première ligne, de même que les équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté.

L'opportunité de s'inscrire dans les visées intersectorielles découlant de la mise en œuvre d'une politique encadrante et rassembleuse, telle que la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, témoigne de l'engagement du MSSS envers la participation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux, un véritable gage de succès pour la santé mentale. Ainsi, l'occasion de démontrer la cohérence des actions gouvernementales envers les personnes vivant en contexte de vulnérabilité, telles que les personnes ayant des troubles mentaux, est manifestement présente.

Par ailleurs, le développement d'indicateurs pour mesurer le chemin parcouru est essentiel. Les travaux du Commissaire ont en effet démontré des lacunes en matière d'indicateurs pour mesurer les résultats, de même que les processus. Les travaux du Commissaire en ont d'ailleurs été complexifiés par le manque de données comparables et fiables dans le secteur de la santé mentale. Un leadership clair de la part du ministre de la Santé et des Services sociaux quant à la mesure et au partage, en toute transparence, des résultats atteints en santé mentale pour favoriser une culture de l'amélioration continue dans ce secteur est primordial. Pour ce faire, les indicateurs développés ne doivent pas uniquement concerner le réseau, mais englober des enjeux plus larges afin de favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux et le respect de leurs droits. Les actions menées en vase clos dans le réseau ne peuvent avoir des conséquences durables sur l'amélioration de la performance des soins et services de santé mentale, ni sur le rétablissement des usagers et leur intégration sociale.

Quant au financement de la santé mentale, plusieurs acteurs consultés par le Commissaire estiment que ce secteur est sous-financé. Le Commissaire a donc procédé à une analyse comparative de son financement dans plusieurs provinces et pays. Cet exercice s'avère

complexe, puisque la définition même de ce que comprend le secteur de la santé mentale varie considérablement d'un endroit à l'autre. Par exemple, les dépenses liées aux services pour la déficience intellectuelle, les troubles envahissants du développement et les dépendances ne sont pas considérées au Québec, alors que ces problématiques sont souvent incluses dans les dépenses relatives à la santé mentale dans d'autres provinces ou pays. Il en va de même pour la rémunération des médecins et le coût des médicaments hors établissement de santé. Au Québec, lorsque seules les dépenses du programme de santé mentale sont considérées, elles se situent à 6 % des dépenses totales en santé et en services sociaux. Cependant, ce chiffre ne tient pas compte des crédits des programmes de soutien, de gestion des bâtiments, de soutien aux services et de santé publique. Selon les données de l'ICIS (2011c) et de l'Institute of Health Economics (2010) en Alberta pour 2007-2008, ce taux serait plutôt d'environ 8,5 %, ce qui peut se comparer au pourcentage du budget alloué à la santé mentale dans plusieurs pays industrialisés : il dépasserait même celui d'autres provinces canadiennes.

Au terme de ses travaux, le Commissaire constate toutefois des lacunes dans l'offre de services de santé mentale. À cette fin, il estime qu'il est essentiel de revoir la répartition actuelle du financement alloué à la santé mentale, selon un ordre de priorité appuyé par ses recommandations, et ce, afin de mieux répondre aux besoins et d'améliorer la performance dans ce secteur. À l'instar des constats de ses précédents rapports d'appréciation, ce n'est pas tant le manque de ressources qui pose problème dans la performance du système de santé et de services sociaux que l'organisation des soins et services et l'affectation des ressources aux activités devant être priorisées. Le Commissaire considère qu'une révision de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé mentale entraînerait à terme des économies permettant d'autofinancer les mesures proposées, sans compter les retombées positives sur la productivité, la santé et le bien-être de la population.

Marise Pelletier • Titre: *Arbres mystérieux* • 2011 • Collection: *Vincent et moi*

CONCLUSION

Les actions du réseau de la santé et des services sociaux peuvent être initiées à court terme. En effet, les recommandations visant à compléter l'atteinte des cibles du PASM 2005-2010 s'inscrivent dans la foulée d'une consolidation des acquis. La recommandation visant à rendre accessible la psychothérapie à moyen terme, même si elle demandera un investissement plus important, apparaît fondamentale pour le Commissaire en raison de ses retombées manifestes sur la performance, qui feraient en sorte que cette initiative pourrait se rentabiliser d'elle-même. Mieux encore, cette mesure permettrait de répondre adéquatement aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, en conformité avec les valeurs d'équité à la base de nos choix de société.

Les actions qui touchent l'ensemble de la société, soit la lutte à la stigmatisation ainsi que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, donnent un sens aux efforts déployés dans le système de santé et de services sociaux en leur donnant comme assise un terreau fertile, au sein duquel les services adaptés, en conformité avec les standards de bonne pratique, pourront prendre racine, se déployer et devenir la norme. La combinaison de ces actions pourra ainsi contribuer à l'instauration d'une culture axée sur l'appréciation de la performance par l'amélioration continue des pratiques et le respect des droits.

Quant au leadership affirmé sur le plan gouvernemental, il représente le moteur des changements nécessaires relativement à ce qui précède et témoigne d'une vision renouvelée de la santé mentale, qui interpelle l'ensemble des acteurs dans une responsabilité partagée. De cette manière, les actions intersectorielles – qui s'inscrivent dans les engagements déjà pris par le gouvernement – et le développement d'indicateurs permettant de mesurer les changements opérés potentialisent les effets des interventions réalisées.

Même si elles peuvent être mises en œuvre progressivement selon un ordre de priorité à établir par le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'ensemble des recommandations du Commissaire sont intrinsèquement liées. Par exemple, en assurant la psychothérapie, le Ministre enverrait un message clair à l'effet que la santé mentale représente une priorité pour le gouvernement. Cela participerait, par le fait même, à la lutte à la stigmatisation envers les personnes ayant un trouble mental en démontrant que la santé mentale représente une responsabilité partagée, au même titre que d'autres problèmes de santé. Le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental et leur participation sociale pleine et entière seraient ainsi favorisés. Le Ministre enverrait un message de cohérence par rapport à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé ainsi qu'aux visées de la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, qui tablent sur les actions intersectorielles.

Après plus de deux ans de travaux sur le sujet, dont la consultation de centaines de personnes, le Commissaire est plus que convaincu de l'urgence d'agir dans le secteur de la santé mentale. Pour ce faire, il importe de travailler sur les actions proposées et de déterminer pour chacune d'elles les cibles prioritaires à atteindre et les différents partenaires à mettre à contribution. Il est aussi essentiel, une fois les cibles d'action sélectionnées, de s'assurer de leur suivi pour ainsi apporter les correctifs en temps réel. Enfin, le Commissaire rappelle que les avancées dans le secteur de la santé mentale doivent se faire pour et avec les personnes atteintes et leur famille, sans quoi les efforts consentis resteront vains.

LES CINQ GRANDES RECOMMANDATIONS DU COMMISSAIRE

1. METTRE À CONTRIBUTION LE RÉSEAU COMME UN LEVIER PRIVILÉGIÉ POUR ACCENTUER LA LUTTE À LA STIGMATISATION

1.1 Rendre disponibles à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux des programmes de sensibilisation et d'information relatifs à la réalité vécue par les personnes ayant des troubles mentaux et par les membres de leur entourage.

1.2 Diversifier les stratégies de lutte à la stigmatisation au sein du réseau :

- en favorisant la stratégie de contact avec des personnes atteintes et des membres de leur entourage;
- en accentuant la participation des pairs aidants dans les soins et services en santé mentale.

2. AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX EN CIBLANT PRIORITAIREMENT LES ENFANTS ET LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS

2.1 Développer et mettre en œuvre une stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux, qui met l'accent sur les enfants et les jeunes de moins de 25 ans.

3. CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

3.1 Compléter le déploiement des équipes de santé mentale de première ligne et des guichets d'accès, tel qu'annoncé dans le PASM 2005-2010, tant pour les adultes que pour les moins de 18 ans.

3.2 Accroître le nombre de psychiatres répondants actifs dans les territoires de CSSS, conformément aux ententes intervenues avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

3.3 Systématiser la mise en place de mécanismes formels de liaison efficaces entre les différents prestataires de soins et services de santé mentale.

3.4 Développer des stratégies et des approches novatrices permettant l'identification des jeunes âgés de 16 à 25 ans aux prises avec des troubles mentaux.

3.5 Revoir l'offre de services dans le secteur de la santé mentale pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans, en se basant sur les besoins, afin d'assurer des passerelles flexibles entre les services qui s'adressent aux moins de 18 ans et ceux offerts pour la clientèle adulte.

3.6 Rehausser le financement des organismes communautaires en santé mentale à la hauteur de ce qui était prévu dans le PASM 2005-2010.

4. DIVERSIFIER LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE EN GARANTISSANT UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE

4.1 Évaluer les différents modèles organisationnels qui permettraient de donner accès à la psychothérapie pour toute personne ayant un trouble mental requérant une psychothérapie.

4.2 Déterminer les modalités de financement requises pour la mise en œuvre d'une telle mesure.

5. ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE

5.1 Poursuivre et intensifier l'implantation des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable pour l'ensemble des territoires de CSSS dans les régions du Québec pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.

5.2 Amplifier les mesures de soutien aux études et à l'emploi, grâce à la collaboration des partenaires concernés, afin de mieux répondre aux besoins des personnes ayant un trouble mental en vue de leur rétablissement.

5.3 Favoriser la mise en place d'un plus grand nombre de logements autonomes avec soutien, et ce, grâce à la collaboration des partenaires concernés.

5.4 Prioriser le développement et la consolidation d'indicateurs dans le secteur de la santé mentale, particulièrement des indicateurs témoignant de la réponse aux besoins et des résultats atteints quant à la santé et au bien-être des personnes ayant un trouble mental, en plus d'en assurer le déploiement.

ANNEXES

ANNEXE I
Liste des participants au séminaire d'experts sur le secteur de la santé mentale (11 et 12 novembre 2010)

AUBÉ, Denise
Institut national de santé publique du Québec

BROWN, Thomas G.
Institut universitaire en santé mentale Douglas

CLÉMENT, Michèle
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale

CROCKER, Anne
Institut universitaire en santé mentale Douglas

D'AUTEUIL, Sylvain
Les Porte-Voix du Rétablissement

DORVIL, Henri
Université du Québec à Montréal – École de travail social

DRAPEAU, Aline
Centre de recherche Fernand-Séguin

HURTUBISE, Roch
Université de Sherbrooke – Département de service social

LAMBERT, Yves
Centre jeunesse de la Montérégie

LAPORTA, Marc
Institut universitaire en santé mentale Douglas

LATIMER, Eric
Institut universitaire en santé mentale Douglas

LECOMTE, Yves
Université du Québec à Montréal – Unité d'enseignement et de recherche Sciences humaines, Lettres et Communications

LEGAULT, Germain
Centre hospitalier de soins psychiatriques de l'Abitibi-Témiscamingue

NADEAU, Lucie
Hôpital de Montréal pour enfants – Département de psychiatrie

PERREAULT, Michel
Institut universitaire en santé mentale Douglas

PIAT, Myra
Institut universitaire en santé mentale Douglas

PRÉVILLE, Michel
Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne

PROVOST, Jean-Rémy
Revivre (Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires)

RENAUD, Johanne
Institut universitaire en santé mentale Douglas

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdès
Université de Montréal – École de service social

ST-ONGE, Myreille
Université Laval – École de service social

TREMBLAY, Jacques
Institut universitaire en santé mentale Douglas

ANNEXE II
Liste des participants au panel de décideurs sur le secteur de la santé mentale (24 et 25 février 2011)

BEAUMONT, Candice
Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

BEAUSÉJOUR, Pierre
Université de Sherbrooke – Département de psychiatrie

BERTELLI, Christiane
Association des médecins psychiatres du Québec

BOUCHARD, Sylvie
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

BRETON, Madeleine
Centre de santé et de services sociaux de Verdun

CARRIER, Pierre
CLSC de Charlevoix

CHAREST, Rose-Marie
Ordre des psychologues du Québec

CHARTRAND, Ronald
Association des centres jeunesse du Québec

CORBEIL, Daniel
Centre de santé et de services sociaux de Laval

CÔTÉ, Rodrigue
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

COUPAL, Monick
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

DELORME, André
Ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction de la santé mentale

FORTIN, Denise
Hôpital Louis-H. Lafontaine

FOURNIER, Nicole
Sœurs grises de Montréal, anciennement l'Accueil Bonneau

FRADET, Hélène
Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

GRÉGOIRE, Louise
Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale

GUÉRETTE, Charles
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs

HAMEL, Marthe
Ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction de la santé publique

HARVEY, Diane
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

HOVINGTON, Linda
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

LAFLAMME, France
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

LEBLOND, Claude
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

MAGNAN, Anne
Programme d'aide aux médecins du Québec

MASSICOTTE, Lisa
Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

OUIMET, Renée
Association canadienne pour la santé mentale – division du Québec

PARENTEAU, Jean-Luc
Centre de santé et de services sociaux
de la Beauce

ROLLIN, Françoise
Ordre des ergothérapeutes du Québec

TACHÉ, Andrée
Infirmière à la retraite

THÉORÊT, Robert
Regroupement des ressources alternatives en
santé mentale du Québec

VÉZINA, Audrey
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec
et du Labrador

ANNEXE III
Liste des membres du Forum de consultation du Commissaire lors des délibérations portant sur le secteur de la santé mentale (septembre 2010, décembre 2010 et mars 2011)

ALLARD, Johanne
Mauricie et Centre-du-Québec (région 04)

BLANCHETTE, Alexandre
Estrie (région 05)

BOURASSA, Alain
Montérégie (région 16)

BRASSARD, Marie-Joëlle
Experte en développement régional

COOPER, Christopher
Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18)

COSSETTE, Patrice
Chaudière-Appalaches (région 12)

CÔTÉ, Michel
Bas-Saint-Laurent (région 01)

DE VERTEUIL, Chantal
Côte-Nord (région 09)

GAGNON, Astrid
Capitale-Nationale (région 03)

GAUTHIER, Céline
Lanaudière (région 14)

GIRARD, Marie
Gestionnaire en santé et en services sociaux

KAUKAI-TOOKALAK, Elisapi
Nunavik (région 17)

LAGARDE, François
Laval (région 13)

LECLERC, Bruno
Expert en éthique

LECLERC, Édith
Outaouais (région 07)

LECLERC, Étienne
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (région 11)

LEPAGE-SAVARY, Dolorès
Experte en évaluation des technologies de la santé et des médicaments

MARCIL, André-Richard
Laurentides (région 15)

MARTIN, Émilie
Montréal (région 06)

MERCIER, Céline
Chercheuse en santé

NAUD, André
Nord-du-Québec (région 10)

POTVIN, Louise
Infirmière

RÉGIS, Catherine
Experte en droit et politiques de la santé

RIVERIN, Danièle
Travailleuse sociale

ROBERGE, Roger
Médecin

TREMBLAY, Jackie
Saguenay–Lac-Saint-Jean (région 02)

Animation du Forum
GUÉNETTE, Françoise

Il est à noter que le poste de l'Abitibi-Témiscamingue (région 08) était vacant lors de ces délibérations.

ANNEXE IV
Liste des participants au groupe de discussion auprès de représentants d'organismes de défense des droits en santé mentale

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)

Comité des usagers de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Comité des usagers du Centre de réadaptation La Myriade

Comité des usagers du CSSS du Nord de Lanaudière

L'A-Droit de Chaudière-Appalaches

Pleins Droits de Lanaudière

Pro-Def Estrie

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Solidarité Régionale d'Aide et d'Accompagnement pour la Défense des Droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie (SRAADD)

ANNEXE V
Liste des participants aux consultations individuelles

Alliance des communautés culturelles pour l'égalité en santé et en services sociaux
Association canadienne pour la santé mentale – division de Québec
Association des centres de réadaptation en dépendance
Association des centres jeunesse du Québec
Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec
Association des médecins psychiatres du Québec
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Association québécoise de prévention du suicide
Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires
Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
Centre hospitalier de St. Mary
Centre national d'excellence en santé
Collège des médecins du Québec
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Confédération des syndicats nationaux
Curateur public de Québec
Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des dépendances et de l'itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux
Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Fondation des maladies mentales
Les Porte-Voix du Rétablissement
Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
Protecteur du citoyen
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec
Réseau québécois pour la santé des femmes
Société québécoise de la schizophrénie

MÉDIAGRAPHIE

ABBEY, S., et autres (2011). « Stigmatisation et discrimination », *La Revue canadienne de psychiatrie – The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, nº 10, p. 1-10.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2008). *Le projet de santé et de bien-être de la Montérégie*, [En ligne], [http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/apropos/agence/gouvernance/projetdesante.fr.html#responsabilitpopulationnelle] (Consulté le 6 juillet 2012).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2008). *GMF et CR intégrés*, [En ligne], [http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-521-3.pdf] (Consulté le 16 juillet 2012).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – balises régionales*, 21 p., [En ligne], [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn2-89510-176-0.pdf] (Consulté le 30 juillet 2012).

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS) (2006). *Utilisation des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent*, [En ligne], [http://www.slpediatrie.com/autres-pages/actualites/actualite/article/utilisation-des-anti.html?tx_ttnews%5BbackPid%5D=32&cHash=3d83c14189eecd10cee377769be557c1] (Consulté le 6 juillet 2012).

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2002). *U.S. Preventive Services Task Force Now Finds Sufficient Evidence to Recommend Screening Adults for Depression*, [En ligne], [http://archive.ahrq.gov/news/press/pr2002/deprespr.htm] (Consulté le 18 juin 2012).

AGIR EN SANTÉ MENTALE (2010). *Mémoire présenté par l'AGIR en santé mentale au MSSS dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale – La force des liens*, 15 p., [En ligne], [http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/Memoire%20PASM.pdf] (Consulté le 30 juillet 2012).

AGIR EN SANTÉ MENTALE (2006). *Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains. Traduction de l'introduction du document « Voices of Transformation: Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organisations »*, Québec, Agir en santé mentale, 10 p.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (2007). « Practice Parameter », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 46, nº 11, p. 1503-1526.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*, Paris, Masson, 365 p.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (2012). *Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness – Approved August 2012*, [En ligne], [http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx] (Consulté le 10 juillet 2012).

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) DIVISION 12 (2010). *A Guide to Beneficial Psychotherapy*, [En ligne], [http://www.apa.org/divisions/div12/cppi.html] (Consulté le 30 juillet 2012).

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) DIVISION 12 (2006). « APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice », *American Psychologist*, vol. 61, p. 271-285.

ANGERMEYER, M. C., et H. MATSCHINGER (2005). « Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany », *British Journal of Psychiatry*, vol. 186, p. 331-334.

ANTONUCCIO, D. O., M. THOMAS et W. G. DANTON (1997). *A cost effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac)*, [En ligne], [http://www.psychreform.com/docs/article proxac_vs_cbt_cost_effectiveness.pdf] (Consulté le 6 juillet 2012).

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (2012). *Faits concernant la maladie mentale chez les jeunes*, [En ligne], [http://www.cmha.ca/fr/a-propos-de-lacsm/nous-joindre] (Consulté le 3 mars 2011).

ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC (ACRDQ) (2012). *L'ACRDQ salue les nouveaux investissements dans les équipes de liaison hospitalière spécialisées en dépendance*, [En ligne], [http://www.newswire.ca/en/story/1006769/l-acrdq-salue-les-nouveaux-investissements-dans-les-equipes-de-liaison-hospitaliere-specialisees-en-dependance] (Consulté le 6 juillet 2012).

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ). *Le projet PCA. Plan de cheminement vers l'autonomie*, [En ligne], [http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/publications/2010_plan_de_cheminement.pdf] (Consulté le 10 juillet 2012).

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2012). *Réflexions et recommandations. Plan d'action en santé mentale 2012-2017. La force du respect des droits*, Montréal, AGIDD-SMQ, 18 p.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ) (2000). *Cadre de référence. Le suivi intensif en équipe pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves*, 32 p., [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/cnesm/act-cadre-reference.pdf] (Consulté le 6 juillet 2012).

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA (APC) (2006). *GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE. Traitement des troubles anxieux*, 97 p., [En ligne], [http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=285] (Consulté le 11 juin 2012).

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA (APC) (2005). « Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia », *La Revue canadienne de psychiatrie / The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 1, p. 7S-57S.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (2008). *8e Bulletin national annuel sur la santé*, Ottawa, Ipsos Reid Public Affairs, 32 p.

ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMÉRICAINE (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1065 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE (AQPS). *La formation « Agir en sentinelle pour la prévention du suicide »*, [En ligne], [http://www.aqps.info/se-former/formation-agir.html] (Consulté le 11 juin 2012).

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PROGRAMMES POUR PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES (AQPPEP). *Clinique Notre-Dame des Victoires*, [En ligne], [http://www.aqppep.com/cndv.htm] (Consulté le 6 juillet 2012).

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (AQRP) (2012). *Le fil conducteur*, 6 p., [En ligne], [http://www.aqrp-sm.org/bulletin/publications/a02n03/a02n03_bulletin.pdf] (Consulté le 11 juin 2012).

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (AQRP) (2011). *Rapport d'activités 2010-2011*, 11 p., [En ligne], [http://www.aqrp-sm.org/publications/rapport_annuel_2010-2011.pdf] (Consulté le 21 août 2012).

AUBÉ, D., et L.-R. POIRIER (2010). *Évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010. Mémoire présenté lors des consultations nationales*, Montréal, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'Île de Montréal (RACOR), 17 p.

BAPE, B., et J.-P. GALIPEAULT (2002). *Promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale*, 55 p., [En ligne], [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/intro-fra.php#jmp-lan1] (Consulté le 10 juillet 2012).

BARTELS, S. J., et autres (2004). « Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use », *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, n° 8, p. 1455-1462.

BAUBEAU, D., et C. PEREIRA (2003). *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, [En ligne], [http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/colloques/acn/pdf10/baubeau_pereira.pdf] (Consulté le 18 juillet 2012).

BEAULIEU, S. (2012). « État de la situation sur la main-d'œuvre dans le réseau de la santé », *Psychologie Québec*, vol. 29, n° 3, p. 9-11.

BEBBINGTON, P. E., et autres (2000). « Unequal access and unmet needs: Neurotic disorders and the use of primary care services », *Psychological Medicine*, vol. 30, p. 1359-1367.

BECKER, D. R., et autres (2006). « What Predicts Supported Employment Program Outcomes? », *Community Mental Health Journal*, vol. 42, n° 3, p. 303-313.

BÉDARD, D., D. LAZURE et C. A. ROBERTS (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Gouvernement du Québec, 157 p.

BÉGUET, V., et S. FORTIER (2004). *Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale : bilan général d'une recherche-action*, Québec, Le Pavois, 132 p.

BERGERON, É., et autres (2005). « Determinants of service among young canadians with mental disorders », *La Revue canadienne de psychiatrie The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 10, p. 629-636.

BERNHEIM, E. (2010). « La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 35, n° 2, p. 163-184.

BIRLESON, P., et A. VANCE (2008). « Developing the "youth model" in mental health services », *Australasian Psychiatry*, vol. 16, n° 1, p. 22-26.

BIRMAHER, B. (2007). « Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 p.

BISSON, J., et autres (2012). *Le Programme de transition Paul-Pau pour les jeunes de 16 à 20 ans*, [dans le cadre d'un colloque interétablissement en psychiatrie et en santé mentale à Québec, les 29 et 30 mars 2012], 53 diapositives.

BJÖRKENSTAM, E., et autres (2012). « Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients – a nationwide register-based study in Sweden », dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2012b). Surveillance des troubles mentaux au Québec : Prévalence, surmortalité et profil d'utilisation des services, Québec, INSPQ, 26 p.

BLOUIN, M., et C. BERGERON (1997). *Dictionnaire de la réadaptation – Tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques*, Québec, Les Publications du Québec, 164 p.

BODENHEIMER, T. (2008). « Coordinating care – A perilous journey through the health care system », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, p. 1064-1071.

BOILY, M., M. SI-ONGI et M.-I. TOUTANT (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 251 p.

BOND, G. R., et M. KUKLA (2011). « Is job tenure brief in individual placement and support (IPS) employment programs? », *Psychiatric Services*, vol. 62, n° 8, p. 950-953.

BOND, G. R., R. E. DRAKE et D. R. BECKER (2008). « An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, n° 4, p. 280-290.

BORG, M., et K. KRISTIANSEN (2008). « Working on the Edge: The Meaning of Work for People Recovering from Severe Mental Distress in Norway », *Disability & Society*, vol. 23, n° 1, p. 1-13.

BOYCE, M., et autres (2008). « Mental health service users' experiences of returning to paid employment », *Disability & Society*, vol. 23, n° 1, p. 77-88.

BROUILLETTE, C., R. HACHEY et C. MERCIER (2003). « Les soutiens associés au maintien en emploi : perceptions des personnes aux prises avec un trouble mental grave », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, p. 169-192.

BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC (BNQ). *Entreprise en santé*, [En ligne], [http://www.bnq.qc.ca/fr/communique/norme_sante_index.html] (Consulté le 10 juillet 2012).

BURNS, T., et autres (2007). « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 370, n° 9593, p. 1146-1152.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2006). « Management of Anxiety Disorders », *La Revue canadienne de psychiatrie = The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 10, p. 6-23.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (2001). *Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders*, [En ligne], [https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/depression/clinicalGuidelinesDepression.asp] (Consulté le 11 juin 2012).

CARRIÈRE, S. (2007). *L'itinérance à Montréal : évolution de la problématique et modèles d'action pour contrer l'impact de certaines politiques sociales*, [dans le cadre du colloque international *La Fabrique de populations problématiques par les politiques publiques*, les 13, 14 et 15 juin 2007], Montréal, CSSS Jeanne-Mance, 10 p.

CASTONGUAY, L. G. (2010). « La recherche aux services des cliniciens », *Cahier recherche et pratique*, vol. 1, n° 1, p. 5-6.

CAVANAGH, J. T., et autres (2003). « Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Psychological Medicine », vol. 33, n° 3, p. 395-405, dans CRISE (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*, [En ligne], [http://www.criseapplication.uqam.ca] (Consulté le 15 janvier 2011).

CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CCHST) (2009). *Programmes d'aide aux employés*, [En ligne], [http://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/eap.html#_1_10] (Consulté le 18 juin 2012).

CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE (CRISE) (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*, [En ligne], [http://www.criseapplication.uqam.ca] (Consulté le 10 juillet 2012).

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ÉNERGIE (2012). *Bilan du plan triennal 2009-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 107 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004). *Le Centre de santé et de services sociaux : au cœur de la nouvelle organisation de services*, 10 p., [En ligne], [http://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_corporatif/Publications/contexte.pdf] (Consulté le 11 juin 2012).

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (CHUM). *Clinique JAP. Historique et mission*, [En ligne], [http://premierepisode.ca/clinique-jap/historique-et-mission] (Consulté le 10 juillet 2012).

CHANDLER, M. J., et C. E. LALONDE (2008). « Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk Among Canada's First Nations », dans KIRMAYER, L., et G. VALASKAKIS (sous la dir. de), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*, Vancouver, University of British Columbia Press, p. 221-248.

CHANSONNEUVE, D. (2007). *Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 135 p.

CHAREST, R.-M. (2010). « Éditorial. L'accessibilité : un projet commun », *Psychologie Québec*, vol. 27, n° 3, p. 7.

CHILES, J. A., M. J. LAMBERT et A. L. HATCH (1999). « The impact of psychological interventions on medical cost offset : a meta-analytic review », *Clinical Psychology*, vol. 6, n° 2, p. 204-220.

CLARK, H. B., et autres (2008). « Research on transition to adulthood: building the evidence base to inform services and supports for youth and young adults with serious mental health disorders », *The Journal of Behavioral Health Services Research*, vol. 35, n° 4, p. 365-372.

COLLIN-VÉZINA, D., M. DE LA SABLONNIÈRE-GRIFFIN et C. DUTRISAC (2011). *Développement d'un modèle d'organisation des services de santé mentale chez les communautés des Premières Nations du Québec*, Montréal, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 79 p.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE (2010). *Avis du Comité d'éthique de santé publique. Projet de Plan ministériel de surveillance multithématique*, Montréal, Gouvernement du Québec, 32 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ) (2005). *Le parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*, Québec, CSMQ, 34 p.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness, and Addiction Services in Canada*, Ottawa, Parlement du Canada, [En ligne], [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm] (Consulté le 11 juin 2012).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2012a). *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, [À paraître].

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2012b). *Rapport de consultation sur le secteur de la santé mentale – Points de vue des experts, des décideurs et des membres du Forum*, Québec, Gouvernement du Québec, [À paraître].

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011a). *Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne*, 2 p., [En ligne], [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_Bulletin_no2.pdf] (Consulté le 11 juin 2012).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011b). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011 – Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 308 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010a). *Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé – Consultation et analyse*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010b). *Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé – Synthèse et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 153 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010c). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 164 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 – Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 136 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (commission Clair) (2000). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, Québec, Gouvernement du Québec, 410 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (CSSSPNQL) (2012). *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017 – Remédier aux disparités... Accélérer le changement*, Wendake, CSSSPNQL, 105 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012a). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, CSMC, 123 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012b). *Chez soi*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Litinerance.aspx] (Consulté le 15 juillet 2012).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012c). *Projet Chez Soi. Rapport provisoire*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Workforce/At_Home_Interim_Report_Summary_FRE.pdf] (Consulté le 10 juillet 2012).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012d). *Projet Chez Soi. Rapport sur les résultats préliminaires*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/At%20Home_EarlyFindingsReportVolume2_FRE.pdf] (Consulté le 11 juin 2012).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2011a). *Projets du programme. Changer les mentalités*, Markham, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre, 38 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2011b). *Why investing in mental health will contribute to Canada's economic prosperity and to the sustainability of our health care system. Backgrounder – Key Facts*, Ottawa, CSMC, 5 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Ottawa, CSMC, 57 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2008). *Lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Plan opérationnel*, 19 p., [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Anti-Stigma/FR_AS_CampaignOpPlan2008.pdf] (Consulté le 16 juin 2012).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) – 1. *Changer les mentalités. Santé mentale et stigmatisation*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Campagneanti_stigmate.aspx] (Consulté le 16 juin 2012).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) – 2. *Premiers Soins en Santé Mentale*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Premierssoinsensantementale.aspx] (Consulté le 22 juillet 2012).

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (CDPDJ) (2003). *Après 25 ans : La Charte québécoise des droits et libertés – Volume I : Bilan et recommandations*, Québec, CDPDJ, 135 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (CCS) (2011). *Le Guide du citoyen sur les indicateurs de la santé. Cet ouvrage de référence pour les Canadiens*, Toronto, CCS, 40 p.

CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). *Défi formation. Stratégie de recherche et de transfert de connaissances pour favoriser le développement de l'éducation et de la formation des adultes*, Québec, Gouvernement du Québec, 47 p.

CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011). *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques – Volet II : Pédiatrie – Jeunes adultes*, Québec, Gouvernement du Québec, 41 p.

COPELAND, W. (2011). *Confidentialité et maladie mentale*, [En ligne], [http://www.asmfmh.org/html/french/articles/confidentialty.html] (Consulté le 11 juin 2012).

CORBIÈRE, M., et M.-J. DURAND (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 408 p.

CORRIGAN, P. W., et A. C. WATSON (2002). « Understanding the impact of stigma on people with mental illness », *World Psychiatry*, vol. 1, n° 1, p. 16-20.

CORRIGAN, P. W., et F. E. MILLER (2004). « Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members », *Journal of Mental Health*, vol. 13, p. 537-548.

COTTON, S. M., et autres (2006). « Influence of gender on mental health literacy in young Australians. Australian and New Zealand », *Journal of Psychiatry*, vol. 40, n° 9, p. 790-796.

COUTURE-TRUDEL, P.-M., et M.-È. MORIN (2007). « La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol. 32, n° 1, p. 229-244.

CROCKER, A. G. (2009). « La santé mentale et la loi : enjeux éthiques, scientifiques et organisationnels », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, p. 7-19.

CROCKER, A. G., et G. CÔTÉ (2010). « Violence et maladie mentale : vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche », *Le partenaire*, vol. 19, n° 1, p. 4-11.

CSSS JEANNE-MANCE (2008). *Le phénomène de l'itinérance au Québec. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales*, CSSS Jeanne-Mance, 36 p.

DELORME, A. (2010). *8es Journées bi-annuelles de santé mentale*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=115&print=1&PHPSESSID=4033f1c507f5c1ec627f12b7ddda29d] (Consulté le 16 août 2012).

DEMERS, C. (2011). « L'ABC du partenariat médecin-psychologue sous la loupe des chercheurs », *Psychologie Québec*, vol. 28, n° 1, p. 26-27.

DESCOMBES, C. (2010). « L'équipe ACT de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas – Douze années de suivi intensif dans la communauté », *Le partenaire*, vol. 18, n° 4, p. 4-6.

DESJOURDY, A. (2009). « Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ? », *Cahiers de recherche en politique appliquée*, vol. II, n° 3, p. 17-48.

DIETRICH, A. J., et autres (2004). « Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial », *BMJ*, vol. 329, n° 7466, p. 602.

DOBSON, K. S. (1989). « A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression », *Journal of Consulting and Clinical Pschology*, vol. 57, n° 3, p. 414-419.

DORVIL, H. (2007). *Profilage diagnostique et traitement des troubles mentaux. Les attitudes de la société*, 46 p., [En ligne], [http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/profilage_diagnostique/profilage_diagnostique.pdf] (Consulté le 4 juin 2012).

DOUCET, H. (2004). *Soins de santé et responsabilité, de quelques enjeux contemporains*, Montréal, Université de Montréal.

DRAKE, R. E., et autres (2000). « Evidence-based treatment of schizophrenia », *Current Psychiatry Reports*, vol. 2, n° 5, p. 393-397.

DRAKE, R. E., et G. R. BOND (2011). « IPS Support Employment: A 20-Year Update », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 14, n° 3, p. 155-164.

DRAKE, R. E., et P. E. DEEGAN (2008). « Are Assertive Community Treatment and Recovery Compatible? Commentary on "ACT and Recovery: Integrating Evidence-based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams" », *Community Mental Health Journal*, vol. 44, p. 75-77.

DRAKE, R. E., G. R. BOND et D. R. BECKER (2012). *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Cary, Oxford University Press, 204 p.

DRISKO, J. W. (2004). « Common Factors in Psychotherapy Outcome: Meta-Analytic Findings and Their Implications for Practice and Research », *The Journal of Contemporary Social Services*, vol. 85, nº 1, p. 81-90.

DUHOUX, A. (2009). « Santé mentale positive : du traitement des maladies mentales à la promotion de la santé mentale », *Quintessence*, vol. 1, nº 2, p. 1-2.

DWIGHT-JOHNSON, M., et autres (2000). « Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, p. 527-534.

EGGLETON, A., et H. SEGAL (2009). *Pauvreté, logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*, Canada, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 324 p.

EKOS (2012). *Enquête sur les attitudes des Canadiens envers les psychologues et l'accès aux services de psychologie*, sondage mené pour le compte de la Société canadienne de psychologie.

EKOS (2011). *Enquête sur les attitudes des Canadiens envers les psychologues et l'accès aux services de psychologie*, Québec, Ekos Rechearch Associates inc., 15 p.

EVERETT, B. *Itinérance et maladie mentale*, [En ligne], [http://fr-ca.camimh.ca/mental-illness-awareness-week-english/a-propos-de-la-sante-mentale/quest-ce-que-la-maladie-mentale/itinerance-et-maladie-mentale/] (Consulté le 6 juillet 2012).

FASSIN, D. (1998). « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation », dans AIACH, P., et D. DELANOË (sous la dir. de), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Éditions Economica, p. 1-13.

FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (FAPAMM). *Histoires de familles : 2001-2002*, [En ligne], [http://www.fapamm.com/nouvelle/histoires-de-familles-2001-2002_5189] (Consulté le 11 juin 2012).

FINDER, S. G. (2004). « Vulnerability in human subject research: Existential state, not category designation », *The American Journal of Bioethics*, vol. 4, nº 3, p. 68-70.

FIXSEN, D. L., et autres (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, Floride, Université du sud de la Floride, 119 p.

FLEURY, M.-J. (2006). « Integrated service networks: The Quebec case », *Health Services Management Research*, vol. 19, nº 3, p. 153-165.

FLEURY, M.-J., et autres (2012). « General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles », *BMC Family Practice*, vol. 13, p. 19.

FLEURY, M.-J., et autres (2011). « Typology of adults diagnosed with mental disorders based on socio-demographics and clinical and service use characteristics », *BMC Psychiatry*, vol. 11, nº 1, p. 67.

FLEURY, M.-J., et autres (2008a). « Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders », *Mental Health in Family Medicine*, vol. 5, nº 3, p. 149-160.

FLEURY, M.-J., et autres (2008b). *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec. Rapport de recherche*, Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas, 58 p.

FLEURY, M.-J., et G. GRENIER (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 254 p. [À paraître].

FLEURY, M.-J., et G. GRENIER (2004). « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, nº 1, p. 21-38.

FLEURY, M.-J., F. LAHMER et C. VALLÉE (2010). « La réforme en santé mentale. Des services plus accessibles et continus pour une clientèle vulnérable ? », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, numéro spécial sur le 5e anniversaire de la réforme du système québécois de santé, vol. 6, nº 1, p. 34-39.

FLEURY, M.-J., J. TREMBLAY et A. D. LESAGE (2010). « Extent and determinants of general practitioner referrals and contacts with mental health care providers », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 29, nº 2, p. 113-129.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (2012). *Mythe : Redéfinir la maladie mentale comme une « maladie du cerveau » réduit la stigmatisation*, [En ligne], [http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/Mythbusters/ArticleView/12-06-04/a078ceca-4a41-4d14-82b5-b60f5a8bb991.aspx] (Consulté le 10 juillet 2012).

FONDATION DE L'ASSOCIATION DES PAIRS AIDANTS. *Fondation de l'Association des pairs aidants du Québec*, [En ligne], [http://www.aqrp-smn.org/bulletin/publications/a02n03/a02n03_association-pairsaidants.pdf] (Consulté le 30 juillet 2012).

FONDATION DES AUBERGES DU CŒUR. [En ligne], [http://www.aubergesducoeur.com] (Consulté le 11 juin 2012).

FONDATION DES MALADIES MENTALES (FMM) – 1. *Les causes*, [En ligne], [http://www.fmm-mil.ca/fr/p/aider-une-personne/les-maladies-mentales/description/les-causes/modele-bio-psycho-social] (Consulté le 10 juillet 2012).

FONDATION DES MALADIES MENTALES (FMM) – 2. *Solidaires pour la vie*, [En ligne], [http://www.fmm-mil.ca/fr/p/aider-une-personne/nos-programmes-daide/pour-les-jeunes] (Consulté le 6 juillet 2012).

FORCHUK, C., et autres (2002). *Therapeutic Relationships: From Hospital to Community*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 13 p.

FOURNIER, L., P. ROBERGE et H. BROUILLET (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*, Montréal, Centre de recherche du CHUM, 4 p.

FRADET, H. (2009). « Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, p. 31-38.

FRIEDLI, L., et M. PARSONAGE (2009). *Promoting mental health and preventing mental illness: The economic case for investment in Wales*, [En ligne], [http://www.publicmentalhealth.org/Documents/749/Promoting%20Mental%20Health%20Report%20%28English%29.pdf] (Consulté le 18 juin 2012).

FROUNFELKER, R. L., et autres (2011). « Enrollment in supported employment services for clients with a co-occurring disorder », *Psychiatric Services*, vol. 62, n° 5, p. 545-547.

GAGNÉ, M., et D. ST-LAURENT (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007*, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.

GAGNÉ, M., et G. LEGARÉ (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 5 p.

GAGNON, L. (2008). « Recherche et pratique en prévention du suicide », *Frontières*, vol. 21, n° 1, p. 8-9.

GAUTHIER, J., L. THERRIEN et J. PALUUY (2010). *Pratiques efficaces de promotion de la santé mentale et de prévention en contexte scolaire*, [présentation dans le cadre des 8es Journées bi-annuelles de santé mentale, le 14 mai 2010], [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=123] (Consulté le 7 juin 2012).

GLARING, R. E., et autres (2009). « Developing a Risk-Model of Time to First-Relapse for Children and Adolescents With a Psychotic Disorder », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 197, n° 1, p. 6-14.

GÉLINAS, D. (2009). « Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec », *Le partenaire*, vol. 18, n° 3, p. 4-43.

GÉLINAS, D. (1998). « Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, p. 17-48.

GLOAGEN, V., et autres (1998). « A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients », *Journal of Affective Disorders*, vol. 49, p. 59-72.

GOERING, P., et autres (2006). « Who uses consumer-run self-help organizations? », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, n° 3, p. 367-373.

GOERING, P. N., et autres (1988). « What difference does case management make? », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 3, p. 272-276.

GOFFMAN, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, New York, Simon & Schuster, 147 p.

GONZALES, H. M., W. A. VEGA et D. R. WILLIAMS (2010). « Depression care in the United States », *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, n° 1, p. 37-46.

GOULD, R. A., M. W. OTTO et M. H. POLLACK (1995). « A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder », *Clinical Psychology Review*, vol. 15, n° 8, p. 819-844.

GOUVERNEMENT DE L'AUSTRALIE (2007). *National survey of mental health and wellbeing: Summary of results*, 5 p., [En ligne], [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447198 5EC2CA2574EA00122BD6/$File/43260_2007.pdf] (Consulté le 6 juin 2012).

GOUVERNEMENT DE L'AUSTRALIE. *Delivering National Mental Health Reform. Media Release*, 5 p., [En ligne], [http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/mr-yr11-nr-nr093.htm] (Consulté le 6 juin 2012).

GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 203 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (2008). *En avoir pour notre argent*, Québec, Gouvernement du Québec, 317 p.

GP-QUÉBEC. *JT2012-santé – Accueil*, [En ligne], [http://gp-quebec.net/index.php/accueil-jt2012-sante] (Consulté le 18 juin 2012).

GREENBERG, R. P., et E. D. GOLDMAN (2009). « Antidepressants, psychotherapy or their combination: Weighing options for depression treatments », *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 39, p. 83-91.

GRENIER, G., et M.-J. FLEURY (2009). « Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 101-126.

GRENIER, J., et autres (2008). « Collaboration between family physicians and psychologists », *Canadian Family Physician*, vol. 54, n° 2, p. 232-233.

GULLIVER, A., K. M. GRIFFITHS et H. CHRISTENSEN (2010). « Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review », *BMC Psychiatry*, p. 10-113.

HARNOIS, G., et P. GABRIEL (2000). *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 77 p.

HARVEY, D., et autres (2012). *Consultation du Groupe provincial d'experts sur l'intégration au travail en santé mentale*, [dans le cadre des Journées annuelles de santé mentale, le 14 mai 2012], [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=156] (Consulté le 18 juin 2012).

HEPNER, K. A., et autres (2007). « The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes », *Annals of Internal Medicine*, vol. 147, n° 5, p. 320-329.

HODGES, J. Q., et autres (2003). « Use of self-help services and consumer satisfaction with professional mental health services », *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 8, p. 1161-1163.

HOFMANN, H., et autres (2012). « A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 125, n° 2, p. 157-167.

HOIFODT, R. S., et autres (2011). « Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: A review », *Family Practice*, vol. 28, n° 5, p. 489-504.

HOLLON, S. D., et A. T. BECK (2004). « Cognitive and cognitive behavioral therapies », dans LAMBERT, M. J. (sous la dir. de), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, New York, Wiley, p. 447-492.

HOLLON, S. D., et autres (2005). « Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 4, p. 417-422.

HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE (2012). *Thérapie d'approche cognitivo-comportementale*, [En ligne], [http://www.hlhl.qc.ca/hopital/usagers-/-famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html] (Consulté le 4 juin 2012).

HURST, J. (2001). *Mesure et gestion de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : Aperçu des enjeux et des défis*, [En ligne], [http://www.oecd.org/fr/sante/politiquesetdonneessurlasante/1959408.pdf] (Consulté le 6 juin 2012).

IMBOUA, A., et M.-J. FLEURY (2009). « Médecins omnipraticiens : pratiques et intégration des soins en santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 55-76.

IMEL, Z. E., M. B. MALTERER et K. M. MCKAY (2008). « A meta analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia », *Journal of Affective Disorders*, vol. 110, p. 197-206.

IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES (IAPT) (2012a). *About Us*, [En ligne], [http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt] (Consulté le 10 juillet 2012).

IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES (IAPT) (2012b). *Guidance for Commissioning IAPT Training*, 14 p., [En ligne], [http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/guidance-for-commissioning-iapt-training-201213.pdf] (Consulté le 11 juin 2012).

INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE (ICCSM) (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 20 p., [En ligne], [http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/prevalence_maladie_mentale.pdf] (Consulté le 18 juin 2012).

INSEL, T. R., et W. S. FENTON (2005). « Psychiatric epidemiology: it's not just about counting anymore », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, nº 6, p. 590-592.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011a). *Reconnaître et explorer la santé mentale positive – dialogue sur les politiques : synthèse et analyse*, Ottawa, ICIS, 33 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011b). *Return on Investment. Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention*, 63 p., [En ligne], [https://secure.cihi.ca/free_products/roi_mental_health_report_en.pdf] (Consulté le 10 juillet 2012).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011c). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, Ottawa, ICIS, 171 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009a). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS, 109 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009b). *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones – Initiative sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ICIS, 42 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2001). *Développement d'indicateurs pour les services de santé mentale et de toxicomanie. Rapport de la phase 1 du projet*, Ottawa, ICIS, 237 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Gouvernement du Québec, ISQ, 104 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Gouvernement du Québec, ISQ, 67 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, ISQ, 133 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM) (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*, Paris, INSERM, 553 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2012a). *Les années de vie corrigées de l'incapacité : un indicateur pour évaluer le fardeau de la maladie au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 60 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2012b). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : Prévalence, surmortalité et profil d'utilisation des services*, Québec, INSPQ, 26 p. [À paraître].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008a). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, 150 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf] (Consulté le 13 juin 2012).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008b). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, 95 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf] (Consulté le 11 juin 2012).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 331 p.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC. *Colloque interétablissements en psychiatrie et santé mentale*, [En ligne], [www.institutsmq.qc.ca/colloque] (Consulté le 15 mars 2012).

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS (2011a). *Commettre un délit quand on est atteint d'une maladie mentale*, [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/info/commettre-delit] (Consulté le 15 mars 2012).

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS (2011b). *Réforme en santé mentale*, [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/page/reforme-sante-mentale] (Consulté le 11 juin 2012).

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS – 1. *Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP-Montréal). Premier épisode psychotique non traité*, [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/page/programme-pepp] (Consulté le 6 juillet 2012).

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS – 2. *Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)*, [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/pages/view?section_id=298] (Consulté le 6 juillet 2012).

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS – 3. *Suivi intensif en équipe*, [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/page/suivi-intensif-en-equipe] (Consulté le 10 juillet 2012).

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS – 4. *Rétablissement dans les services cliniques. Comment les services de santé mentale intègrent-ils le rétablissement ?*, [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-services] (Consulté le 6 juin 2012).

INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS (2010). *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada*, Edmonton, Institute of Health Economics, 42 p.

JACOPSON, N. (2009). « Dignity Violation in Health Care », *Qualitative Health Research*, vol. 19, n° 11, p. 1536-1547.

JACOPSON, N. (2007). « Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement », *Santé mentale au Québec*, vol. 32, n° 1, p. 245-264.

JONAS, H. (1990). *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Les Éditions du cerf, 336 p.

JONES, S., L. HOWARD et G. THORNICROFT (2008). « "Diagnostic overshadowing": Worse physical health care for people with mental illness », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 118, n° 3, p. 169-171.

JOOPER, R. (2012). *Neurodéveloppement et santé mentale : implications pour les soins et les services*, Genève, Institut universitaire en santé mentale Douglas, 29 p.

KAAS, M. J., S. LEE et C. PELTZMAN (2003). « Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness », *Mental Health Nursing*, vol. 24, n° 8, p. 741-756.

KAINZ, K. (2002). « Barriers and enhancements to physician-psychologist collaboration », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 33, n° 2, p. 169-175.

KATES, N., et autres (2011). « L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée », *La Revue canadienne de psychiatrie – The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, n° 5, p. 1-10.

KATON, W. J., et M. SEELIG (2008). « Population-based care of depression: Team care approaches to improving outcomes », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 50, n° 4, p. 459-467.

KATON, W., M. VON KORFF et E. LIN (1992). « Adequacy of duration of antidepressant treatment in primary care », *Medical Care*, vol. 30, p. 67-76.

KELL, P. K., et A. HALDI (2008). « Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders », *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 37, p. 39-61.

KELLER, W. G., et autres (2001). « Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestische Studie », dans STUHR, U., M. LEUZINGER-BOHLEBER et M. BEUTEL (sous la dir. de), *Herausgeber. Langzeitpsychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*, Berlin, Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, p. s345-s355.

KEMP, P., et J. DAHL RENDTORFF (2001). « Vulnérabilité », dans HOTTOIS, G., et J.-N. MISSA (sous la dir. de), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique – Médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 869-876.

KESSLER, R. C., et autres (2005). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, p. 593-602.

KESSLER, R. C., et autres (2003). « The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 23, p. 3095-3115.

KESSLER, R. C., et autres (2002). « Lifetime prevalence age-of-onset distributions of DSM-IV disorder in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 180, p. 19-23.

KILLACKEY, E., H. JACKSON et P. D. MCGORRY (2008). « Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual », *British Journal of Psychiatry*, vol. 193, n° 2, p. 114-120.

KIN WONG, K., et autres (2008). « A Randomized Controlled Trial of a Supported Employment Program for Persons With Long-Term Mental Illness in Hong Kong », *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 1, p. 84-90.

KIRBY, M. (2008). *Crise en matière de santé mentale au Canada. Une étiquette dévalorisante*, 6 p., [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/FR_Kirby_GlbandMI_Jn28_08.pdf] (Consulté le 28 juin 2012).

KIRBY, M. J. L. (2001). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire. Volume un : Le chemin parcouru*, [En ligne], [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repintmar01-f.htm] (Consulté le 15 juillet 2012).

KIRBY, M. J. L., et W. J. KEON (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, rapport Kirby, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 312 p.

KIRMAYER, L. J., et autres (2011). « Rethinking resilience from indigenous perspectives », *La Revue canadienne de psychiatrie – The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, n° 2, p. 84-91.

KIRMAYER, L. J., et autres (2007). *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 189 p.

KISELY, S., et autres (2007). « Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures », *Canadian Association Journal*, vol. 176, n° 6, p. 779-784.

KNAPP, M., et autres (2002). « The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood », *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, p. 19-23.

LA COALITION DES TABLES RÉGIONALES D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (2012). *Convention PSOC : une étape importante franchie*, [En ligne], [http://www.ctroc.org/?p=1330] (Consulté le 30 juillet 2012).

LAFORTUNE, D. (2010). « Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 33, n° 2, p. 94-100.

LALONDE, C. E. (2009). « Peut-on dire d'une collectivité qu'elle est "en bonne santé mentale" ? Peut-être, mais seulement si la réalité entière est plus grande que la somme de ses parties », dans INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (sous la dir. de), *Des collectivités en bonne santé mentale – points de vue autochtones*, Ottawa, p. 37-41.

LALONDE, P., J. AUBUT et E. GRUNGERG (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome I. Introduction et syndromes cliniques*, Montréal, Gaëtan Morin, 832 p.

LAMBERT, M. J. (1992). *The Handbook of Psychology Integration*, New York, Basic Books, 97 p.

LAMBERT, M. J., et B. M. OGLES (2004). « The efficacy and effectiveness of psychotherapy », dans LAMBERT, M. J. (sous la dir. de), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, p. 139-193.

LAHMER, I. (2008a). *En avoir pour son argent : Réconcilier l'accessibilité aux pratiques fondées sur des données probantes, le rétablissement et l'efficience*, [présentation dans le cadre des Journées annuelles de santé mentale], 48 diapositives, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=156] (Consulté le 11 juin 2012).

LAHMER, I. (2008b). *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec*, Québec, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 73 p.

LAHMER, I., et autres (2006). « Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial », *British Journal of Psychiatry*, vol. 189, p. 65-73.

LAHMER, I., et D. RABOUIN (2011). « Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 36, n° 1, p. 13-34.

LAHMEK, L., G. R. BOND et R. E. DRAKE (2011). « Economic Approaches to Improving Access to Evidence-Based and Recovery-Oriented Services for People With Severe Mental Illness », *La Revue canadienne de psychiatrie — The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, nº 9, p. 523-529.

LAWRENCE, D., S. KISELY et J. PAIS (2010). « The epidemiology of excess mortality in people with mental illness », *La Revue canadienne de psychiatrie — The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 55, nº 12, p. 752-760.

LAYARD, R., et autres (2007). « Cost-benefit analysis of psychological therapy », *National Institute Economic Review*, vol. 202, p. 90-98.

LE CARDINAL, P., et autres (2008). « Le "pair-aidant", l'espoir du rétablissement », *Santé mentale au Québec*, nº 133, p. 69-73.

LECLERC, L. (2011). « Carnet de l'éditrice », *Le partenaire*, vol. 20, nº 3.

LEITCH, K. K. (2007). *Vers de nouveaux sommets — Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*, Ottawa, Santé Canada, 243 p.

LEPAGE, J., et A. DELORME (2009). « La lutte à la stigmatisation : une priorité du MSSS », *Le partenaire*, vol. 18, nº 1, p. 15-16.

LESAGE, A., et autres (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Mississauga, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 20 p.

LESAGE, A., et J.-C. MOUBARAC (2011). *Solidaires pour la vie, un programme efficace de littératie en santé mentale : analyse et recommandations*, Montréal, Réseau québécois de recherche sur le suicide (RQRS), 30 p.

LINK, B., et J. O. C. PHELAN (2006). « Stigma and its public health implications », *Lancet*, vol. 367, p. 528-529.

LONDON SCHOOL OF ECONOMICS (2006). *The Depression Report. A new deal for depression and anxiety disorders*, London, Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 16 p.

LOPEZ, M. (2007). « Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable », *Info Psy*, vol. 83, p. 793-799.

MARTIN, A., et R. P. SWINSON (1996). *Les troubles anxieux : Orientations futures de la recherche et du traitement*, [En ligne], [http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/anxiety-anxieux/index-fra.php] (Consulté le 11 juin 2012).

MARTIN, N., et V. JOHNSTON (2007). *Passons à l'action : Lutte contre la stigmatisation et la discrimination*, Neasa Martin & Associates, 37 p.

MCGORRY, P. D., et autres (2011). « Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 24, p. 301-306.

MCGORRY, P. D. (2007). « The specialist youth mental health model: Strengthening the weakest link in the public mental health system », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, nº 7, p. S53-S56.

MCQUILKEN, M., et autres (2003). « The work project survey: Consumer perspectives on work », *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 18, nº 1, p. 59-68.

MIND (2010). *We need to talk. Getting the right therapy at the right time*, London, Mind, 28 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2012). *Justice et troubles mentaux*, [En ligne], [http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/generale/troubl-ment.htm] (Consulté le 10 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012a). *Centres de santé et de services sociaux — RLS*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls] (Consulté le 11 juin 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012b). *Collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Wapikoni mobile — Remise des prix du concours « J'as juste 1 vie »*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=382] (Consulté le 30 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012c). *Comprendre et prévenir*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Comprendre_et_prevenir] (Consulté le 26 janvier 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012d). *Contour financier — Résultats 2010-2011*, [En ligne], [http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Listes.aspx?Name=y9M4IcKgjFYapz02jKwkUg==&Key=hhKpcdsNkJS+eg2gWNwm7A==&OrderByClause=8jnVPckjxX8dPG+Ajs/DIA==&idDimension=hgopkEUGMIc=] (Consulté le 30 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012e). *Évaluation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, Gouvernement du Québec, 76 p. [À paraître]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012f). *La ministre Vien annonce un investissement récurrent de 2 M$ pour des équipes de liaison spécialisées en dépendances*, [En ligne], [http://communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQI/Juillet2012/12/c7904.html] (Consulté le 30 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012g). *Réponses du questionnaire Santé mentale : distinguer le vrai du faux*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=6] (Consulté le 16 juin 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012h). *Des mesures adaptées à la situation montréalaise – Le ministre Yves Bolduc annonce un renforcement de l'offre de service dans les domaines de la santé mentale et de l'itinérance*, [En ligne], [http://communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQI/Mai2012/25/c2934.html] (Consulté le 11 juin 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012i). Direction générale du personnel réseau et ministériel, [communication personnelle de juillet 2012].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011a). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle*, Québec, Gouvernement du Québec, 54 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011b). *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Gouvernement du Québec, 124 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011c). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Besoins-non-combles-en-matiere-de-soins-de-sante-selon-lage-et-le-sexe] (Consulté le 30 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011d). *Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel*, Québec, Gouvernement du Québec, 97 p. + annexes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 131 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. La force des liens*, 16 p., [En ligne], [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-914-08.pdf] (Consulté le 18 juin 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*, 68 p., [En ligne], [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-914-10W.pdf] (Consulté le 10 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003a). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003b). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 163 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003c). *Programme national de santé publique 2003-2012. Version abrégée*, Québec, Gouvernement du Québec, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001). *Habitation et santé mentale. Actes du colloque. Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*, Québec, Gouvernement du Québec, 134 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 46 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 62 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) (2010a). *Portrait des étudiantes et étudiants en situation de handicap et des besoins émergents à l'enseignement postsecondaire. Une synthèse des recherches et de la consultation. Version abrégée*, Québec, Gouvernement du Québec, 40 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) (2010b). *L'offre de services pour les étudiantes et étudiants des cégeps ayant un problème de santé mentale ou un trouble mental. Rapport synthèse*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (1999). *Prendre le virage du succès. Une école adaptée à tous ses élèves. Politique de l'adaptation scolaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 37 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (MESS) (2012). *Statistiques sur la clientèle du Programme de solidarité sociale*, [En ligne], [http://www.mess.gouv.qc.ca/statistiques/solidarite/index.asp] (Consulté le 10 juillet 2012).

MINTZ, J., et autres (1992). « Treatments of depression and the functional capacity to work », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, p. 761-768.

MONZÉE, J. (2011). *La psychothérapie, une petite tape dans le dos pour les riches?*, [En ligne], [http://www.institutdet.ca/index.php/nouveautes/2-quelles-de-vie/65-la-psychotherapie-une-petite-tape-dans-le-dos-pour-les-riches] (Consulté le 6 juillet 2012).

MORIN, P., D. ROBERT et H. DORVIL (2001). « Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 2, p. 88-105.

MORIN, R. (2007). « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaison France-Québec en promotion de la santé », *Santé publique*, vol. 19, n° 5, p. 439-448.

MOULDING, R., et autres (2009). « Integrating psychologists into the Canadian health care system: the example of Australia », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 100, n° 2, p. 145-147.

MOWBRAY, C., J. NICHOLSON et C. BELLAMY (2003). « Psychosocial rehabilitation needs of women », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 27, p. 104-113.

MUESER, K. T., M. SALYERS et P. R. MUESER (2001). « A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 27, n° 2, p. 281-296.

MUIR, K., et autres (2009). *Headspace evaluation report: Independent Evaluation of headspace: the National Youth Mental Health Foundation*, Sydney, Social Policy Research Centre, 158 p.

MYHR, G., et K. PAYNE (2006). « Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: Implications for public health care funding policy in Canada », *La Revue canadienne de psychiatrie / The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 10, p. 662-670.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2009a). *Depression. The treatment and management of depression in adults*, Londres, NICE, 64 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2009b). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*, Londres, NICE, 41 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2007). *Anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*, Londres, NICE, 54 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2005). *Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care*, Londres, NICE, 68 p.

NGUI, L. M., et autres (2010). « Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective », *International Review of Psychiatry*, vol. 22, n° 3, p. 235-244.

O'HAGAN, M., et autres (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs*, rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la CSMC, Ottawa, CSMC, 154 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Québec, Gouvernement du Québec, 84 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (2012). *Le projet de loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan. Guide explicatif*, Québec, Gouvernement du Québec, 81 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Psychothérapie*, [En ligne], [http://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel/projet-de-loi-21/psychotherapie] (Consulté le 18 juin 2012).

OLATUNJI, B. O., et J. M. CISLER (2010). « Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 33, n° 3, p. 557-577.

OLDMAN, J., et autres (2005). « A case report of the conversion of sheltered employment to evidence-based supported employment in Canada », *Psychiatric Services*, vol. 56, n° 11, p. 1436-1440.

OLFSON, M., et autres (2002). « National trends in the outpatient treatment of depression », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 287, p. 203-209.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2010a). *Appréciation du degré d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, Ordre des psychologues du Québec, 18 p.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2010b). *Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie*, Mont-Royal, Ordre des psychologues du Québec, 16 p.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2010c). « La dépression. Considérations autour des choix de traitements », *Cahier recherche et pratique*, vol. 1, n° 2, p. 1-32.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2012a). *Journée mondiale de la santé mentale*, [En ligne], [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/fr/index.html] (Consulté le 10 juillet 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2012b). *Projet zéro de plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020*, 29 p., [En ligne], [http://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_FR_27_08_2012.pdf] (Consulté le 30 juillet 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2012c). « Chapitre 8 – Travail et emploi », dans *Rapport mondial sur le handicap*, Genève, OMS, p. 261-288.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2011a). *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat*, 6 p., [En ligne], [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf] (Consulté le 29 août 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2011b). *Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé*, 47 p., [En ligne], [http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/I%20WCSDH%20Discussion%20Paper/WCSDH_Discussion_Paper_FR.pdf] (Consulté le 18 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2011c). *Santé mentale : un état de bien-être*, [En ligne], [http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/index.html] (Consulté le 7 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010a). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*, 4 p., [En ligne], [http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf] (Consulté le 18 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010b). *La santé mentale : renforcer notre action*, [En ligne], [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/index.html] (Consulté le 6 juillet 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2008). *Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*, Genève, OMS, 40 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2007). *Qu'est-ce que la santé mentale ?*, [En ligne], [http://www.who.int/features/qa/62/fr/index.html] (Consulté le 21 mai 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2005). *Guide des politiques et des services de santé mentale. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, 99 p., [En ligne], [http://www.who.int/topics/mental_health/publications/fr/index.html] (Consulté le 12 juillet 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004a). *Investir dans la santé mentale*, Genève, OMS, 49 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004b). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Summary Report*, Genève, OMS, 68 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001a). *Département de la Santé mentale et des Toxicomanies*, [En ligne], [http://www.who.int/mental_health/media/en/398.pdf] (Consulté le 7 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001b). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 172 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, [En ligne], [http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf] (Consulté le 7 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*, [En ligne], [http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/index.html] (Consulté le 7 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (CDSS) (2008). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final, Genève, OMS, 252 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA) (2008). *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*, Singapore, OMS et WONCA, 224 p.

OTTO, M. W., M. H. POLLACK et K. M. MAKI (2000). « Empirically Supported Treatments for Panic Disorder: Costs, Benefits, and Stepped Care », *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, vol. 68, p. 556-563.

OUADAHI, Y., et autres (2009). « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 161-172.

PAPE, B., et J. P. GAUPEAUT (2002). *Promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale*, Ottawa, Santé Canada, 56 p.

PARIS, J. (2008). « Clinical trials of treatment for personality disorders », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 31, p. 517-526, dans AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (2012). *Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness – Approved August 2012*, [En ligne], [http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx] (Consulté le 30 juillet 2012).

PARLIAMENT OF AUSTRALIA. *Senate Committees. Chapter 2. Better Access Initiative*, [En ligne], [http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate_Committees?url=clac_ctte/comm_fund_men_hlth/report/c02.htm] (Consulté le 10 juillet 2012).

PATEL, V., et autres (2007). « Mental health of young people: A global public-health challenge », vol. 369, n° 9569, p. 1302-1313.

PAYNE, K. A., et G. MYHR (2010). « Increasing Access to Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) for the Treatment of Mental Illness in Canada: A Research Framework and Call for Action », *Healthcare Policy*, vol. 5, n° 3, p. e173-e185.

PERREAULT, M., et autres (2002). « Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, p. 198-214.

PERRON, A., L. RUDGE et D. HOLMES (2010). « Citizen minds, citizen bodies: The citizenship experience and the government of mentally ill persons », *Nursing Philosophy Blackwell Publishing Ltd*, vol. 11, p. 100-111.

PESCOSOLIDO, B. A., et autres (2010). « A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 167, n° 11, p. 1321-1330.

PINFOLD, V., et autres (2005). « Working with young people: The impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada », *World Psychiatry*, vol. 4, n° S1, p. 48-52.

PIRKIS, J., et autres (2011). *Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative Summative Evaluation: Final Report*, Melbourne, Centre for Health Policy, Programs and Economics, 60 p.

POLICK, K., et autres (2008). « US Pattern of Mental Health Service Utilization for Transition-Age Youth and Young Adults », *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 35, n° 4, p. 373-389.

PRENDS SOIN DE TOI. *J'avance !*, [En ligne], [http://www.prendssoindetoi.net/projet/j%E2%80%99avance] (Consulté le 4 juin 2012).

PROVENCHER, H., C. GAGNÉ et L. LEGRIS (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs*, Québec, Office des personnes handicapées du Québec, Université Laval et Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 8 p.

PROVENCHER, H. L. (2002). « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 1, p. 35-64.

PROVENCHER, H. L., et autres (2002). « The Role of Work in the Recovery of Persons with Psychiatric Disabilities », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 26, n° 2, p. 132-144.

PSYCHOLOGIES.COM. *Résilience*, [En ligne], [http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Resilience] (Consulté le 4 juin 2012).

PURCELL, R., et autres (2011). « Toward a twenty-first century approach to youth mental health care », *International Journal of Mental Health*, vol. 40, n° 2, p. 72-77.

QUÉBEC (2012). *Décret 527-2012, 23 mai 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2001). *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, mise à jour le 1er septembre 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : L.R.Q., chapitre P-38.001, mise à jour le 1er septembre 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1991a). *Code civil du Québec : L.Q., chapitre 64*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1991b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, mise à jour le 16 juin 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1975). *Charte des droits et libertés de la personne : L.R.Q., chapitre C-12*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

RAMSAY, C. L., et autres (2011). « Life a treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis », *Psychiatric Research*, vol. 189, n° 3, p. 344-348.

READING, J. (2009). *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie*, Rapport présenté au sous-comité sénatorial sur la santé de la population, 164 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (2010). « Entente concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie. Annexe 42 à l'Accord-cadre », *Infolettre*, vol. 138, p. 1-3.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2010a). *Éléments de réflexion pour un bilan du plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Montréal, RRASMQ, 15 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2010b). *Gestion autonome de la médication de l'âme. Mon guide personnel*, Montréal, RRASMQ, 15 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2009a). *Le manifeste du Regroupement des ressources alternatives du Québec*, Québec, RRASMQ, 11 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2009b). « Quelques enjeux et défis concernant la place du milieu communautaire et alternatif en santé mentale », vol. 5, n° 1, p. 4.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2006). *Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale*, Montréal, RRASMQ, 12 p.

REGROUPEMENT DES SERVICES COMMUNAUTAIRES D'INTERVENTION DE CRISE DU QUÉBEC (RESCICQ) (2011). *Rapport d'activité 2010-2011*, Québec, RESCICQ, 8 p.

REGROUPEMENT DES SERVICES COMMUNAUTAIRES D'INTERVENTION DE CRISE DU QUÉBEC (RESCICQ). *Historique des centres de crises*, [En ligne], [http://www.centredecrise.ca/a-propos-rescicq.html] (Consulté le 4 juin 2012).

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE (2012). *Secteur communautaire*, [En ligne], [http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/organisation-des-services/portrait-du-reseau/secteur-communautaire/] (Consulté le 5 septembre 2012).

RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (RÉFIPS) (2006). *La charte de Bangkok. Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé?*, Montréal, RÉFIPS, 94 p.

RÉSEAU QUALAXIA (2008). [En ligne], [http://www.qualaxia.org] (Consulté le 18 juin 2012).

RICKWOOD, D., F. P. DEANE et C. WILSON (2007). « When and how do young people seek professional help for mental health problems? », *Journal of Australia*, vol. 187, p. S37-S39.

RICOEUR, P. (2001). « Autonomie et vulnérabilité », dans *Le Juste 2*, Paris, Éditions Esprit, p. 105.

ROBINSON, W. D., J. A. GESKE et L. A. PRIEST (2005). « Depression treatment in primary care », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 18, p. 79-86.

RODRIGUEZ, L., et autres (2003). « Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique », *Équilibre en tête*, vol. 17, n° 4.

ROMANOV, R. J., et G. P. MARCHILDON (2003). « Psychological Services and the Future of Health Care in Canada », *Psychologie canadienne/Canadian Psychology*, vol. 44, n° 4, p. 283-298.

ROSE, N. (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedecine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Princeton University Press, 352 p.

ROST, K., et autres (2002). « Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care », *BMJ*, vol. 325, p. 934-939.

ROST, K., M. ZHANG et J. FORTNEY (1988). « Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care », *General Hospital Psychiatry*, vol. 20, p. 12-20.

ROTH, A., et P. FONAGY (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*, 2e édition, New York, The Guilford Press, 661 p.

ROUILLON, F. (2008). « Épidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales médico-psychologiques*, vol. 166, n° 1, p. 63-70.

SAINT-ARNAUD, L., et autres (2007). « Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems », *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 62, n° 4, p. 690-713.

SAITZ, R., et autres (2005). « Primary medical care and reductions in addiction severity: A prospective cohort study », *Addiction*, vol. 100, n° 1, p. 70-78.

SALYERS, M., et S. TSEMBERIS (2007). « ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams », *Community Mental Health Journal*, vol. 43, n° 6, p. 619-641.

SANDERSON, K., et autres (2003). « Reducing the burden of affective disorders: is evidence-based health care affordable? », *Journal of Affective Disorders*, vol. 77, p. 109-125.

SANTÉ CANADA (2010). *Loi canadienne sur la santé*, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php] (Consulté le 16 juin 2012).

SANTÉ CANADA (2003). *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations*, 205 p., [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/suicide/prev_youth-jeunes-fra.pdf] (Consulté le 30 mars 2012).

SANTÉ CANADA (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 111 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php#1php] (Consulté le 10 juillet 2012).

SARTORIUS, N., et H. SCHULZE (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association*, Cambridge, Cambridge University Press, 238 p.

SCHALLER, P., et J.-M. GASPOZ (2008). « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique », *Revue médicale suisse*, vol. 4, p. 2034-2039.

SCHMITZ, N., et autres (2007). « Joint effect of depression and chronic conditions on disability: Results form a population-based study », *Psychosomatic Medicine*, vol. 69, n° 4, p. 332-338.

dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2012b). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : Prévalence, surmortalité et profil d'utilisation des services*, Québec, INSPQ, 26 p.

SCHNEIDER, L., et autres (2005). « Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients », *British Journal of Psychiatry*, vol. 187, p. 462-469.

SCHULZE, B., et M. C. ANGERMEYER (2003). « Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals », *Social Science & Medicine*, vol. 56, p. 299-312.

SCOTT, S., et J. HENDERSON (2001). « Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood », *British Medical Journal*, vol. 323, p. 191-195.

SEGAL, S. P., E. R. HARDIMAN et J. Q. HODGES (2002). « Characteristics of new clients at self-help and community mental health agencies in geographic proximity », *Psychiatric Services*, vol. 53, nº 9, p. 1145-1152.

SEGAL, S. P., J. Q. HODGES et E. R. HARDIMAN (2002). « Factors in decisions to seek help from self-help and co-located community mental health agencies », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 27, nº 2, p. 241-249.

SIMARD, A. (2011). « Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale », *Le partenaire*, vol. 19, nº 4, p. 9-12.

SINGH, S. P. (2009). « Transition of care from child to adult mental health services: the great divide », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 22, nº 4, p. 386-390.

SINGH, S. P., et autres (2010). *Transition from CAMHS to Adult Mental Health Services (TRACK): A Study of Service Organisation, Policies, Process and User and Carer Perspectives*, [s. l.], Queen's Printer and Controller of HMSO, 251 p.

SINGH, S. P., et autres (2008). « Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in Greater London », *BMC Health Services Research*, vol. 8, p. 135.

SMETANIN, P., et autres (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*, RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.

SMITH, P. S., E. MOSSIALOS et I. PAPANICOLAS (2008). *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives*, Europe, Organisation mondiale de la santé, 20 p.

SOCIÉTÉ POUR LES TROUBLES DE L'HUMEUR DU CANADA (2011). *Enquête d'opinion pancanadienne*, Guelph, Société pour les troubles de l'humeur au Canada, 17 p.

SROUJIAN, C. (2003). « Mental health is the number one cause of disability in Canada », *Insurance Journal*, p. 8.

ST-ARNAUD, L., et autres (2007). « Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems », *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 62, nº 4, p. 690-713.

STATISTIQUE CANADA (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC)*, [En ligne], [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2] (Consulté le 6 juin 2012).

STATISTIQUE CANADA (2009). *Faits saillants*, [En ligne], [http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2012001/hl-fs-fra.htm] (Consulté le 18 juin 2012).

STATISTIQUE CANADA (2004). « Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites », *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 15, p. 9-21.

STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être*, [En ligne], [http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/82-617-X/82-617-XIF.html] (Consulté le 11 juin 2012).

STEINBERGH, L. V., et D. ST-AMAND (2006). « Éditorial », dans RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (RÉFIPS) (sous la dir. de), *La charte de Bangkok. Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?*, Montréal, RÉFIPS, p. 94.

STEWART, W. L., et autres (2003). « Cost of lost productive work time among US with depression », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 283, nº 23, p. 3135-3144.

STUART, H. (2011). « Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail », dans CORBIÈRE, M., et M.-J. DURAND (sous la dir. de), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 408.

STUART, H. (2006). « Reaching out to high school youth: The effectiveness of a video-based antistigma program », *La Revue canadienne de psychiatrie = The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 10, p. 647-653.

STUART, H. (2005a). *Fighting Stigma and Discrimination Is Fighting for Mental Health*, [En ligne], [http://www.mooddisorderscanada.ca/documents/Publications/Fighting%20Stigma%20and%20Discrimination%20is%20Fighting%20for%20Mental%20Health.pdf] (Consulté le 4 juin 2012).

STUART, H. (2005b). *The wpa global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Schizophrenia – Open the Doors Training Manual*, Canada, Queen's University, 122 p.

STUART, H. (2003). « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, p. 54-72.

STUART, H., et J. ARBOLEDA-FLOREZ (2009). « Maladie mentale et discrimination en emploi : examen des enjeux », *Le partenaire*, vol. 18, n° 1, p. 23-27.

STUART, H., M. KOLLER et R. MILEV (2008). « Inventories to measure the scope and impact of stigma experiences from the perspective of those who are stigmatized-consumer and family », dans ARBOLEDA-FLOREZ, J., et N. SARTORIUS (sous la dir. de). *Understanding the stigma of mental illness*, Chichester, John Wiley & Sons Ltd, p. 193-204.

TANZMAN, B. (1993). « An Overview of Consumers' Preferences for Housing and Support Services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 5, p. 450-455.

THE HON MARK BUTLER MP (2011). *More Australians Access Mental Health Care*, [En ligne], [http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/mr-yr11-mb-mb028.htm] (Consulté le 18 juin 2012).

THOMMASEN, V. H., et autres (2006). « Alcohol drinking habits and community perspectives on alcohol abuse in the Bella Coola Valley », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 11, n° 1, p. 15-22.

THORNICROFT, G., et autres (2010). « Stigma and discrimination », dans MORGAN, C., et D. BHUGRA (sous la dir. de). *Principles of Social Psychiatry*, Chichester, Whiley, p. 331-340.

THOTA, A. B., et autres (2012). « Collaborative care to improve the management of depressive disorders : a community guide systematic review and meta-analysis », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, n° 5, p. 525-538.

TOUSIGNANT, M., et N. SIOUI (2009). « Resilience and Aboriginal Communities in Crisis: Theory and Interventions », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, n° 1, p. 43-61.

TURKINGTON, D., D. KINGDON et T. TURNER (2002). « Effectiveness of a Brief Cognitive-Behavioural Therapy Intervention in the Treatment of Schizophrenia », *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, p. 523-527.

TWILLING, L. L., M. F. SOCKETT et L. S. SOMMERS (2000). « Collaborative practice in primary care: Integrated training for psychologists and physicians », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, n° 6, p. 685-691.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, Rockville, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services et National Institute of Mental Health, 487 p.

UNICEF (2011). *La situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence. L'âge de tous les possibles*, 148 p., [En ligne], [http://www.unicef.org/french/sowc2011/index.php] (Consulté le 10 juillet 2012).

VANASSE, A., et autres (2012). « Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 47, n° 4, p. 533-543.

VANHEUSEN, K., et autres (2008). « The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 43, n° 10, p. 805-815.

VASILIADIS, H. M. (2011). *Une accessibilité accrue aux soins psychologiques*, [En ligne], [http://www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie] (Consulté le 4 juin 2012).

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (VGQ) (2011). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011. Tome II. Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, VGQ, 36 p.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (VGQ) (2003). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003. Tome II*, Québec, VGQ, 260 p.

VIZINA, M. (2011). « La détresse éthique », *Le partenaire*, vol. 20, n° 1.

VINCENT, K., et P. MORIN (2016). *Le logement subventionné. Dans le cadre du programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté. Source d'inspiration pour créer des modèles innovants*, Québec, Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec, 61 p.

WANG, P. S., et autres (2005). « Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, p. 603-613.

WHITE, D. (2001). « Repenser l'action intersectorielle », dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (sous la dir. de), *Actes du colloque. Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 44-55.

WHITE, D., et autres (2002). *Pour sortir des sentiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec, 460 p.

WILSON, C., et F. P. DEANE (2012). « Brief report: need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescent's intentions to seek professional mental health care », *Journal of Adolescence*, vol. 35, p. 233-237.

YOUNG, A. S., et autres (2001). « The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States », *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, p. 55-61.

YUNG, A. R., et autres (2007). « PACE: a specialised service for young people at risk of psychotic disorders », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, n° 7, p. S43-S46.

ZECHMEISTER, I., R. KILIAN et D. MCDAID (2008). « Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations », *BMC Public Health*, vol. 8, p. 20.

ZIMMERMANN, G., et autres (2005). « The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis », *Schizophrenia Research*, vol. 77, p. 1-9.

ZIMMERMANN, G., Y. DE ROTEN et J.-N. DESPLAND (2008). « Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie : état de la question », *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 159, p. 119-126.

INDEX DES ŒUVRES

Page 8

Denyse Toussaint
Titre : *Délire, n° 2*
2007

Collection : Vincent et moi

Page 14

José Bernard
Sans titre
Pastel sec sur papier

Collection : Les Impatients

Page 16

Dalton Ritcher
Bas relief
Titre : *Nessos*
Mousse, plastique, carton

Collection : Les Impatients

Page 20

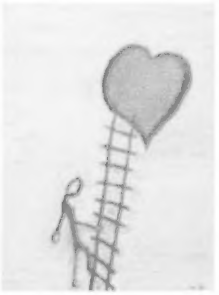
Julie Bellemare
Titre : *Étouffement*
2004

Collection : Vincent et moi

Page 40

Jean-Claude Bélanger
Titre : *Le Silence de l'insomnie*
2002

Collection : Vincent et moi



Page 58

José Bernard
Sans titre
Pastel sec sur papier

Collection : Les Impatients

Page 134

Manon Artignan
Titre : *L'espoir*
Gouache, crayon sur papier

Collection : Les Impatients

Page 142

Marise Pelletier
Titre : *Arbres mystérieux*
2011

Collection : Vincent et moi

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec